

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Diplomová práce

Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví

Bc. Hana Šťastová

© 2013 ČZU v Praze

!!!

**Místo této strany vložíte zadání diplomové práce.
(Do jedné vazby originál a do druhé kopii)**

!!!

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 3. 2013

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. a to především za její odborné rady a odbornou pomoc při psaní této diplomové práce.

Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví

Impact of Economic Crisis on Health Care Service Financing

Souhrn

Financování zdravotnictví určitě bylo postiženo krizí jako každé odvětví, otázkou ovšem bylo, v jaké míře.

Ukazatele, které je třeba sledovat pro tuto analýzu jsou různé. Jde např. o příjmy a výdaje pojišťoven. Příjmy pojišťoven se zvyšovaly celé sledované období, ale zároveň také výdaje pojišťoven. V konci výdaje rostly rychleji než samotné příjmy, ale nedošlo k nikterak výraznému převýšení.

Významné bylo jistě zavedení regulačních poplatků ve sledovaném období. Ty vedly např. ke snížení návštěvnosti lékařů a tím se částečně poměrně snížily náklady.

Tím, co mělo pozitivní vliv na to, že zdravotní pojišťovny krizi ustály, byly určitě rezervy, které si pojišťovny v předchozích letech vytvořily a to ve výši 28 miliard Kč. Tyto rezervy mohly použít v následujících letech na úhradu různých položek poskytovatelům zdravotní péče.

Summary

Health financing was definitely affected by the crisis, like every branch, but the question was, in what extent.

Indicators to be monitored for this analysis are different. It includes the income and expenses insurers. Insurance revenues have increased throughout the period, but also by the insurance company. In the end spending increased faster than income alone, but there was no way significant elevation.

Significant was certainly the introduction of regulatory fees in the period. This led to a reduction in traffic such as doctors and thus partially relatively reduced cost. The thing that had a positive impact on the health insurance crisis withstand were definitely reserves that insurance companies have created in previous years in the amount of CZK 28 billion. These reserves could be used in subsequent years to cover a variety of items to health care providers.

Klíčová slova: zdravotnictví, finance, ekonomická krize, ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, příjmy, výdaje

Keywords: health care, funding, economic crisis, Ministry of Health care, health insurance, revenues, costs

Obsah:

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Úvod | 12 |
| 2 | Cíl práce a metodika | 13 |
| 3 | Teoretická východiska | 14 |
| 3.1 | Ministerstvo zdravotnictví České republiky | 14 |
| 3.2 | Ministři zdravotnictví České Republiky | 15 |
| 3.3 | Historie vývoje zdravotního pojištění | 20 |
| 3.4 | Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristiky | 20 |
| 3.5 | Statutární vs. privátní pojištění | 21 |
| 3.6 | Pojistné ve zdravotním pojištění | 23 |
| 3.6.1 | Stanovení pojistných sazeb v privátním zdravotním pojištění | 24 |
| 3.6.2 | Stanovení pojistných sazeb ve statutárním zdravotním pojištění | 30 |
| 3.6.3 | Zdravotní pojištění a plnění pojistného | 30 |
| 3.6.4 | Mechanismy úhrady zdravotní péče | 31 |
| 3.7 | Správa a provozování zdravotního pojištění | 34 |
| 3.8 | Tvorby rezerv ve zdravotním pojištění | 35 |
| 3.9 | Zdravotní pojištění v České republice | 36 |
| 3.9.1 | Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů | 39 |
| 3.10 | Ekonomické hodnocení zdravotní péče | 43 |
| 3.11 | Typologie klasifikačních systémů | 44 |
| 3.11.1 | Klasifikační systém PIPDCG | 45 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.11.2 | Klasifikační systém DRG | 45 |
| 3.11.3 | Ostatní klasifikační systémy | 46 |
| 3.11.4 | Aktualizace klasifikačních systémů | 46 |
| 3.12 | Světová ekonomická krize | 47 |
| 3.13 | Zdravotnictví a světová ekonomická krize | 50 |
| 4 | Analytická část | 53 |
| 4.1 | Veřejné výdaje a výdaje na zdravotní péči | 53 |
| 4.2 | Příjmy zdravotních pojišťoven | 65 |
| 4.3 | Náklady zdravotních pojišťoven dle druhů zdravotní péče | 69 |
| 4.4 | Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven..... | 70 |
| 5 | Výsledky a diskuze..... | 74 |
| 6 | Závěr..... | 76 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 77 |
| 8 | Přílohy | 80 |

Seznam Tabulek:

| | |
|---|---------|
| Tabulka 1: Postup určení ročních výdajů na pojištěnce na ambulantní péče..... | 25 |
| Tabulka2: Přehled čistého pojistného podle věkových intervalů..... | 26 |
| Tabulka3: Nezaměstnanost v letech 2006 – 2010 v České republice..... | 48 |
| Tabulka 4: Míra registrované nezaměstnanosti v České republice v letech 2006 – 2010... | 50 |
| Tabulka 5: Kumulativní růst odvětví 2007 – 2011..... | 50 |
| Tabulka 6: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 2009 -2011..... | 52 |
| Tabulka 7: Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v Kč..... | 53 - 54 |
| Tabulka 8: Veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)..... | 58 |
| Tabulka 9: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč..... | 60 |
| Tabulka 10: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku..... | 61 |
| Tabulka 11: Výdaje za zdravotní péči dle druhů domácnosti v mil. Kč..... | 63 |
| Tabulka 12: Struktura příjmů zdravotních pojišťoven z pojistného..... | 65 |
| Tabulka 13: Platby zdravotním pojišťovnám za osoby, za které zdravotní pojištění platí stát (mld. Kč)..... | 68 |
| Tabulka 14: Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v mil. Kč..... | 69 |
| Tabulka 15: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v Kč..... | 70 |
| Tabulka 16: Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven (mil. Kč)..... | 72 |

Seznam grafů:

| | |
|--|----|
| Graf 1: Obecná míra nezaměstnanosti v %..... | 48 |
| Graf 2: Míra zaměstnanosti v %..... | 49 |
| Graf 3: Kumulativní růst odvětví 2007 – 2011..... | 51 |
| Graf 4: Průměrné výdaje na zdravotní péči v Kč – muži..... | 56 |
| Graf 5: Průměrné výdaje na zdravotní péči v Kč – ženy..... | 57 |
| Graf 6: Veřejné výdaje na zdravotnictví (mil. Kč)..... | 59 |
| Graf 7: Vývoj veřejných výdajů na jednoho obyvatele v období 2005 – 2011 v Kč..... | 60 |
| Graf 8: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku v mil. Kč..... | 62 |
| Graf 9: Výdaje na zdravotní péči dle druhů domácnosti v mil. Kč..... | 64 |
| Graf 10: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od zaměstnavatelů..... | 66 |
| Graf 11: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od osob samostatně výdělečně činných v mil. Kč..... | 66 |
| Graf 12: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od osob bez zdanitelných příjmů v mil. Kč..... | 67 |
| Graf 13: Celkové příjmy zdravotních pojišťoven v mil. Kč..... | 68 |
| Graf 14: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v Kč..... | 71 |
| Graf 15: Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven..... | 72 |
| Graf 16: Vývoj příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven..... | 73 |

Seznam příloh:

| | |
|---|----|
| Příloha 1: Jmenovité schéma ministerstva zdravotnictví..... | 80 |
|---|----|

1 Úvod

Světová ekonomická krize je aktuálním tématem posledních pěti let. Ovlivnila velký počet odvětví jako je průmysl, zemědělství, oblast služeb atd. Světová ekonomická krize zapříčinila také zvýšení faktorů jako je nezaměstnanost, inflace apod.

Existují ovšem odvětví, kterých se finanční krize ve velkém nedotkla. Jedním z těchto odvětví je zdravotnictví. Je samozřejmostí, že v rámci různých úsporných opatření se snížil příspěvek ze státního rozpočtu a územních rozpočtů na zdravotnictví, zároveň také výdaje na jednoho pojištěnce začaly převyšovat příjmy na jednoho pojištěnce, ale jak bude v práci dále vysvětleno, oproti ostatním odvětvím nebylo zdravotnictví ovlivněno v takové míře, jak by se dalo předpokládat.

Důležité je si uvědomit, co všechno financování zdravotnictví zahrnuje. Nejde jen o platbu za poskytnutou zdravotní péči. Do nákladů je nutno zahrnout i platbu zdravotního pojištění za nezaměstnané a jiné ekonomicky neaktivní osoby jako jsou např. studenti. Právě nárůst nezaměstnanosti znamenal vyšší výdaje za pojistné pro tyto osoby.

Nastalá ekonomická krize neovlivnila kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, přestože v důsledku nižších příjmů muselo dojít k nutnému snížení výdajů. Byl tedy nutné hledat tyto úspory např. u preventivních programů, které pojišťovny nabízejí svým pojištěncům, u doplatků na léky apod. Bylo také nutností zavést různá další úsporná opatření.

Výše uvedené skutečnosti budou zdůvodněny v této diplomové práci.

2 Cíl práce a metodika

Cílem diplomové práce je pomocí analýzy popsat problematiku financování zdravotnictví v České republice před a po začátku krize. Na začátku práce je charakterizováno Ministerstvo zdravotnictví, stručně popsána historie, upřesněno sídlo a funkce ministerstva zdravotnictví v České republice. Dále jsou popsány funkce a pravomoci ministerstva zdravotnictví ve státě.

V další části práce jsou vyjmenováni ministři zdravotnictví, kteří v České republice působili v posledních volebních obdobích. Je zde popsána jejich politická orientace, jaké měli plány reformovat zdravotnictví České republiky a jak tyto jejich plány byly naplněny. Tato část práce může být zajímavá zejména z toho důvodu, že docházelo k časté změně ministrů z důvodu opozičních vládních problémů v České republice.

Další část práce je zaměřena již na charakteristiku samotného financování zdravotnictví České republiky. Jsou zde uvedeny možné způsoby zdravotního pojištění a uvedeno, co je používáno v České republice.

Poslední, tedy praktická, část je zaměřena přímo na to, jaký dopad měla světová ekonomická krize na financování zdravotnictví. Je zde posuzováno, zda se krize nějak ve financování zdravotnictví odrazila či nikoliv. Porovnávají jsou především příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven.

Teoretická část je sepsána z knižních pramenů, internetových zdrojů, odborné literatury apod. Velká část informací, především o Ministerstvu zdravotnictví, způsobech financování atd. je čerpána z internetových stránek Ministerstva zdravotnictví.

V praktické části je pracováno s informacemi z internetových serverů jako je Český statistický úřad, ÚZIS, a to z období před začátkem hospodářské krize a po jejím začátku. Z důvodu toho, že hospodářská krize podle odborníků již je na ústupu, je také porovnána se současnými hodnotami. Podle těchto hodnot, by také mělo být poznat, zda skutečně krize na ústupu je, či nikoliv.

V závěru práce jsou shrnuty teoretické informace, výsledky praktické části

3 Teoretická východiska

3.1 Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Zásady činnosti ministerstva zdravotnictví jsou stanoveny v § 10 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR:

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní služby, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, poskytovatele zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém, pro používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh.

Součástí Ministerstva zdravotnictví je Český inspektorát lázní a zřidel.

Organizační součástí Ministerstva zdravotnictví je Inspektorát omamných a psychotropních látek. [19]

Jmenovité schéma ministerstva zdravotnictví:

Současným ministrem zdravotnictví je Leoš Heger. Ministerstvo zdravotnictví ČR se ovšem skládá z více útvarů .Viz příloha č. 1.

[19]

3.2 Ministři zdravotnictví České Republiky

Milada Emmerová

Stranická příslušnost: ČSSD od 1994, předtím KSČ

Funkční období: 4. srpna 2004 – 12. října 2005

V krajských volbách v říjnu 2008 kandidovala na hejtmanku Plzeňského kraje za ČSSD, která volby vyhrála 36.37% (65 066 hlasů). Historicky jde o první ženu v funkci české hejtmanky. Na funkci hejtmanky rezignovala 9. září 2010 poté, co byla zvolena v parlamentních volbách poslankyní díky velkému počtu preferenčních hlasů.

Připravila reformu financování zdravotní péče, která mimo jiné odmítala růst spoluúčasti pacientů. Také odmítala převod krajských nemocnic na obchodní společnosti. Po protestech soukromých praktických lékařů na zpoždování plateb od pojišťoven ji premiér Paroubek 12. října 2005 odvolal. 19. července 2006 ji vláda schválila jako členku dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). [20]

Zdeněk Škromach

Stranická příslušnost: ČSSD od 1995, předtím KSČ

Funkční období: 12. října 2005 – 4. listopadu 2005

V letech 2002 až 2006 byl postupně ve třech vládách koalice ČSSD, KDU-ČSL a US-DEU ministrem práce a sociálních věcí, ve vládě Jiřího Paroubka byl zároveň dočasně pověřen řízením Ministerstva zdravotnictví.

Ve volbách do Senátu ČR v roce 2010 zvítězil jako kandidát ČSSD v Hodoníně, Senátní obvod č. 79 - Hodonín. [23]

David Rath

Stranická příslušnost: nestraník, od května 2006 ČSSD

Funkční období: 4. listopadu 2005 – 4. září 2006

Jmenování Davida Ratha do funkce ministra zdravotnictví provázela hlavně v říjnu a listopadu 2005 silná kontroverze a ostré spory politiků z části vedené i přes česká média, zejména jeho odvolání ředitelky Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Jiřiny Musílkové, změny politiky stanovování cen léků, posilování role státu ve zdravotnictví, odmítavý postoj vůči privatizaci a některé jeho velmi ostré mediální výroky.

Dne 20. října 2005 navrhl premiér Paroubek prezidentovi Ratha ke jmenování na post ministra zdravotnictví. Prezident Václav Klaus však téhož dne odmítl Ratha jmenovat, dokud se nevyřeší situace kolem jeho dalších funkcí, které v té době zastával. Následujícího dne vicepremiér Zdeněk Škromach, který ministerstvo dočasně vedl, jmenoval Ratha prvním náměstkem ministerstva zdravotnictví s pověřením řídit úřad. Zejména pod vlivem průzkumu veřejného mínění nakonec 2. listopadu 2005 Rath z funkce prezidenta ČLK abdikoval. Nato jej prezident 4. listopadu jmenoval ministrem. [21]

Tomáš Julínek

Stranická příslušnost: ODS

Funkční období: 4. září 2006 – 23. ledna 2009

Tomáš Julínek prosazoval širokou otevřenost zdravotnictví pro vstup soukromého kapitálu a tvorbu privátního zisku. Přípravoval individuální kapitalizaci zdravotního pojištění. Jeho záměr transformovat fakultní nemocnice a zdravotní pojišťovny do podoby akciových společností vyvolal četné protesty. Odpůrci Julínkových záměrů poukazují na nevratnost transformačních kroků, neprůhlednost vlastnických vztahů v rámci podnikatelských skupin ve zdravotnictví a neochotu vzít v potaz zahraniční zkušenosti. V červnu 2008 byl proto Julínek donucen stáhnout nejkontroverznější část připravovaných zdravotnických zákonů. Z funkce byl odvolán 23. ledna 2009 při hromadné rekonstrukci vlády.

Regulační poplatky

Jednou ze změn, kterou se Julínkovu týmu podařilo prosadit, bylo přijetí zákona o regulačních poplatcích. Zákon, který vstoupil v platnost 1. ledna 2008, je svými tvůrci obhajován jako prostředek k zamezení nadbytečných návštěv zdravotnických zařízení. 20. května 2008 Ústavní soud ČR rozhodl, že regulační poplatky nejsou v rozporu s Ústavou ČR, ačkoliv sedm ústavních soudců včetně předsedy a místopředsedkyně Ústavního soudu zveřejnilo proti tomuto nálezu odlišné stanovisko. V červnu 2008 vláda Mirka Topolánka zrušila regulační poplatky pro novorozence.

Řízená péče

Koncem roku 2008 představil tzv. řízenou péči – koncept zdravotní péče praktikovaný například v americkém zdravotnictví. [25]

Daniela Filipiová

Stranická příslušnost: ODS

Funkční období: 23. ledna 2009 - 8. května 2009

Od prosince 1997 je členkou ODS, za níž byla v roce 2000 ve volebním obvodu 26, který zahrnuje zejména Žižkov a Vinohrady, zvolena do Senátu. Hlasovala v něm kupříkladu pro návrh na vyznamenání bratří Mašínů či pro návrh zákona o registrovaném partnerství. Svůj post v Senátu v roce 2006 znovu obhájila.

13. ledna 2009 jí premiér Mirek Topolánek nominoval na ministryni zdravotnictví České republiky. 23. ledna 2009 byla prezidentem republiky jmenována do úřadu. [16]

Dana Jurásková

Stranická příslušnost: nestraník, od 10. června 2010 ODS

Funkční období: 8. května 2009 - 13. července 2010

Od roku 2007 je prezidentkou České asociace sester.

Po pádu Topolánkovy vlády na jaře 2009 byla navržena ODS do pozice ministryně zdravotnictví ČR, kterou byla jmenována 8. května 2009. 10. 6. 2010 vstoupila do ODS. [24]

Leoš Heger

Stranická příslušnost: TOP 09

Funkční období: od 13. července 2010

V roce 2008 neúspěšně kandidoval do Senátu jako nestraník za ODS v senátním obvodu č. 45 – Hradec Králové, když ve 2. kole prohrál proti nominantovi ČSSD Vladimíru Drymlovi.

Z pozice ministra zdravotnictví se Leoši Hegerovi postupně daří prosazovat reformní zákony, které reagují na aktuální situaci a rostoucí výdaje ve zdravotnictví. Jednou z hlavních priorit je protikorupční strategie. Pro přímo řízené organizace Ministerstva zdravotnictví platí od března 2011 vyhláška, která stanovuje jasná a přesná pravidla pro zadávání veřejných zakázek, zavádí registr referenčních cen a významně omezuje kongresovou turistiku.

V zimě roku 2011 se Leoš Heger potýkal s protestní akcí lékařů Děkujeme, odcházíme. Protest byl ukončen vzájemnou dohodou mezi Ministerstvem zdravotnictví a Lékařským odborovým klubem a dlouhodobý růst platů lékařů svázán s dosažením úspor a dobré ekonomické situace ve zdravotnictví. S předpokladem zvyšování efektivity zdravotnického systému a v souladu s reformními kroky měl být průměrný plat lékaře zvýšen v roce 2012 o 10%. Lékaři jsou tedy přímo zainteresováni na reformním úsilí.

Leoš Heger prosazuje změny českého zdravotnictví ve třech reformních oblastech:

- otevření možnosti příplatků za nadstandard a tvorba úhradových standardů,
- definice postupů lege artis
- vynucení změn v chování zdravotních pojišťoven.

Tomu mají sloužit následující legislativní kroky:

- Novela zákona o zdravotním pojištění
- Zákon o zdravotních službách
- Zákon o specifických zdravotních službách
- Zákon o zdravotnické záchranné službě
- Zákon o zdravotních pojišťovnách
- Novelizace zákonů o vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků ve zdravotnictví
- Reforma dlouhodobé péče

[15]

3.3 Historie vývoje zdravotního pojištění

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno již v roce 1849 v Prusku a to pro horníky. Toto pojištění museli platit jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé.

Konec 19. století byl také obdobím, kdy vstoupily komerční pojišťovny do oblasti zdravotního pojištění. Další vývoj byl až od poloviny 20. století, kdy několik západoevropských zemí nahradilo systém statutárního zdravotního pojištění národní zdravotní službou, a to z důvodu rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnost přístupu ke zdravotní péči.

První zemí s tržní ekonomikou, která rozšířila pojistnou ochranu na celou populaci, byl Nový Zéland v roce 1939.

V historii vývoje zdravotního pojištění je také zajímavá role lékařských organizací. Zde totiž působily dvě protichůdné tendence. Na jedné straně bylo rozšiřování statutární pojistné ochrany vítáno, a to z důvodu rozšíření okruhu pacientů. Na druhé straně ovšem nebyli spokojeni s jakýmkoliv vměšováním nelékařského prostředníka do svého vztahu s pacienty. Toto vše vedlo k zablokování vývoje směřujícího k systému statutárního zdravotního pojištění v některých zemích, kde tyto první formy statutárního pojistného krytí vznikly až v 60. letech 20. století. [12]

3.4 Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristiky

Zdroje úhrady zdravotní péče jsou různé. Mohou to být jak přímé platby pacientů nebo také charitativní zdroje či prostředky z účelových zdravotních spoření. Ve většině vyspělejších států převažují úhrady ze zdrojů založených na sdílení rizika, ať pojistných, vládních, nebo jiných veřejných fondů. Toto sdílení rizika je základním principem pojištění. Na základě vcelku malé a předem určené platby umožňuje vyhnout se i možným relativně velkým výdajům spojeným s nepředvídatelnou událostí. [2],[12]

Modely statutárního pojištění

Existují dva základní typy modelů:

Beveridgeův model je model zdravotnictví financovaný ze všeobecných daní. Typickým příkladem je národní služba ve Velké Británii. Vyznačuje se především univerzálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů. Financování je úlohou specializovaných úřadů při státní správě nebo regionální či municipální samosprávě, které jsou zdravotnickým zařízením současně provozovány nebo s nimi uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče. Krajní formou Beveridgeova model je Semaškův model, používaný v bývalých socialistických státech a vyznačoval se úplným postátněním správy, financování i poskytování zdravotní péče. Další formou Beveridgeova modelu lze určit Douglasův model, používaný v Kanadě a Austrálii. Je založen také na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče. [12]

Bismarckův model je model sociálního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je běžně stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. Poskytovatelé zdravotní péče jsou pak smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou pojištěncům účtovat. [12]

3.5 Statutární vs. privátní pojištění

Statutární pojištění je dle zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo alespoň pro určité skupiny. Tyto skupiny mohou být vymezeny různě. Za statutární zdravotní pojištění mohou být považovány i národní zdravotní služby provozované státem a poskytující zdravotní služby univerzálně všem občanům. Z pojistného krytí jsou vždy vyloučeny služby sloužící ke zlepšení estetického vzhledu a také velmi často alternativní způsoby léčení. Omezené je také krytí stomatologické péče.

Privátní zdravotní pojištění je naopak od statutárního dobrovolné. Jeho účastníkem se tedy osoba stává pouze z vlastního rozhodnutí. Může jít jak o osoby, které nejsou účastníky statutárního pojištění, ale také o osoby, které účastníky statutárního pojištění jsou a z různých důvodů chtějí zvýšit svoji pojistnou ochranu některou z forem komplementárního zdravotního pojištění. [12]

Zásadním rozdílem mezi statutárním a privátním zdravotním pojištěním tedy není způsob stanovení pojistného apod., ale jde o to, zda účast je povinná nebo dobrovolná. Oba druhy pojištění mohou provozovat jak veřejné, tak privátní subjekty.

Existuje ještě třetí specifická kategorie zdravotního pojištění a tím je dobrovolná účast osob ve statutárním pojištění. Jedná se o osoby, které jsou vyjmuté ze statutárního zdravotního pojištění, ale rozhodli se pro něj a to především z důvodu finanční výhodnosti. [2],[12]

Typy privátního zdravotního pojištění

V zásadě je možno rozlišit čtyři typy komplementárního systému zdravotního pojištění. Je to na základě charakteristik statutárního zdravotního pojištění, které doplňují.

Náhradní (substituční) zdravotní pojištění je takové, které reaguje na neúplné pokrytí obyvatelstva statutárním zdravotním pojištěním. Jde např. o případy, kdy statutární systém nepokrývá pojištění osob s vyšším příjmem nebo nepokrývá osoby s určitou profesí. Tyto osoby se pak mohou pojistit dobrovolně a komplementární zdravotní pojištění pak nahrazuje pojištění statutární.

Doplňkové zdravotní pojištění, neboli připojištění, vyplňuje mezery v rozsahu služeb, které kryje statutární zdravotní pojištění. Je možno se tedy pojistit na služby zdravotní péče, které jsou zcela vyloučeny z pojistného krytí v rámci statutárního zdravotního pojištění. Příkladem je stomatologická péče, nehrazené léky apod.

Zbytkové (reziduální) zdravotní pojištění, neboli opět připojištění, je výsledkem nedostatečné výše krytí statutárního systému zdravotního pojištění. Jeho cílem je zejména krytí spoluúčasti zavedené s cílem získání dalšího zdroje financování zdravotních služeb.

Alternativní zdravotní pojištění je reakcí na nespokojenost s poskytováním služeb hrazených statutárním zdravotním pojištěním. Je možné se tedy pojistit na služby, které poskytují jiní alternativní poskytovatelé zdravotní péče, nebo se pojistit pro vyšší standard služeb u poskytovatelů v rámci statutárních systémů, např. vyšší standard ubytování v nemocničních zařízeních. [12]

Zvláštní formou privátního zdravotního pojištění je tzv. **mikropojištění**. Jedná se o specifickou formu zdravotního pojištění, která je rozšířená zejména v rozvojových zemích, kde vůbec neexistují statutární systémy zdravotního pojištění nebo zastřešují pouze obyvatelstvo, které má trvalé zaměstnání. V těchto oblastech osob s trvalým zaměstnáním moc není a jsou odkázáni jen na přímé platby zdravotní péče. Možností, jak dostupnost zdravotní péče pro tyto lidi zvýšit, jsou různé formy vzájemného zdravotního pojištění. Obyvatelé na dobrovolném základě platí příspěvky do společného fondu a z tohoto se hradí zdravotní péče v místních zařízeních. [2],[12]

3.6 Pojistné ve zdravotním pojištění

Zdravotní pojištění je krátkodobé povahy a to jak v privátním tak ve statutárním zdravotním pojištění, a proto převažuje průběžný princip financování.

Je možno rozlišit několik základních typů pojistného ve zdravotním pojištění. Nejjednodušším způsobem je plošně stanovená pojistná sazba tzv. komunitní pojistné. To nebere v úvahu ani faktory ovlivňující potřebu zdravotní péče, ani výši příjmu příslušné pojištěné osoby. Je možno ale přihlížet k tomu, zda s pojištěnou osobou jsou pojištěni i její rodinní příslušníci. Tato sazba se používá jak v systémech privátního pojištění, které nahrazuje částečně chybějící statutární pojištění, tak v systémech statutárního zdravotního pojištění. [6],[2]

Ve skupinovém zdravotním pojištění se pojistné vytváří buď na základě rizikových faktorů dané skupiny jako celku nebo u větších skupin na základě historické potřeby zdravotní péče této skupiny. Posledním druhem je pojistné, které je odvozené od příjmu pojištěnce a to bez ohledu na jeho individuální rizikové faktory. Toto je typické pro solidární statutární systémy zdravotního pojištění.

Pojistné může být stanoveno za každou osobu zvlášť neboli samostatně i za rodinné příslušníky anebo může jít o tzv. rodinné pojištění, kdy jedna pojistná sazba pokrývá pojištěnou osobu i jeho rodinné příslušníky. Typ rodinného pojištění v České republice neexistuje. [12]

3.6.1 Stanovení pojistných sazeb v privátním zdravotním pojištění

Privátní zdravotní pojišťovny patří do neživotních pojištění a tedy způsob stanovení výše pojistného se příliš neliší od používaných postupů v jiných oblastech neživotního pojištění. Postup stanovení příslušných pojistných sazeb zahrnuje několik na sebe navazujících kroků. Základním je odhad průměrných výdajů na zdravotní péči, která je krytá uvažovaným pojistným produktem na jednoho pojištěnce.

3.6.1.1 Komunitní pojistné – stanovení sazeb

Jde o takovou sazbu, která je stejná pro všechny pojištěnce, a to i bez ohledu na jejich individuální riziko. Může být ovšem různá ale oblastí, kde pojišťovna působí nebo se může lišit i mezi jednotlivými pojišťovnami. Existují dva přístupy:

Pojistně matematický způsob, který je běžný zejména pro privátní zdravotní pojištění. V tomto způsobu jde o to, že určíme průměrné užívání zdravotní péče na pojištěnou osobu ve zvolených jednotkách a po jednotlivých druzích zdravotní péče např. počet návštěv lékaře, počet dnů pobytu v nemocnici a cena za takovou jednotku v uplynulém období. V České republice lze některá data získat z publikací Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) či z výročních zpráv zdravotních pojišťoven. [12]

Tabulka 1: Postup určení ročních výdajů na pojištěnce na ambulantní péči

| Ambulantní péče | Počet návštěv za rok na 1000 osob (1) | Cena za návštěvu (Kč) (2) | Cena za rok na osobu (Kč);(3)=(1) x (2) : 1000 |
|------------------------|--|----------------------------------|---|
| Praktický lékař | 4961 | 127 | 628 |
| Dětský lékař | 1461 | 183 | 267 |
| Gynekologie | 1118 | 200 | 224 |
| Interna | 1006 | 322 | 324 |
| Neurologie | 360 | 254 | 91 |
| Psychiatrie | 263 | 359 | 94 |
| Chirurgie | 791 | 203 | 161 |
| Ortopedie | 386 | 201 | 78 |
| URL | 542 | 189 | 102 |
| Oční | 440 | 282 | 124 |
| Kožní | 501 | 150 | 75 |
| Celkem | 11 829 | | 2 168 |

Zdroj: NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1; s. 46

Podobným způsobem se určí výdaje na nemocniční péči a poté můžeme po přidání další výdajů určit odhad ročních výdajů na pojištěnce.

Druhým způsobem je rozpočtový přístup. Je obvyklý spíše ve statutárním zdravotním pojištění. V privátním pojištění je možné pouze tam, kde pojišťovatel je současně provozovatel nebo většinový zákazník zařízení poskytujících většinu služeb krytých daným pojistným produktem. Spočívá v odhadu nákladů na provozování těch zdravotnických zařízení, jejichž kapacita je dostatečná pro poskytnutí zdravotní péče všem

pojištěncům. Náklady pak zahrnují mzdy personálu, režijní náklady, amortizaci investic a materiálové náklady. Tyto celkové náklady se pak vydělí počtem pojištěnců, kterým to dané zařízení poskytuje služby. [12]

3.6.1.2 Pojistné dle rizikových tříd

Základními rizikovými faktory jsou pohlaví a věk. Ty vysvětlují 3 – 6 % proměnlivosti výdajů na zdravotní péči.

Průměrné výdaje na zdravotní péči jsou vyšší u žen v aktivním věku nežli u mužů., ovšem pokud pojistné krytí zahrnuje i gynekologickou péči.

Tabulka 2: Přehled čistého pojistného podle věkových intervalů

| Věkový interval | Index výdajů na zdravotní péči | Roční čisté pojistné |
|-----------------|--------------------------------|----------------------|
| 0 -4 | 1,5461 | 10 418 |
| 5 -9 | 0,9577 | 6 453 |
| 10 – 14 | 0,8988 | 6 056 |
| 15 - 19 | 0,7591 | 5 115 |
| 20 – 24 | 0,6717 | 4 526 |
| 25 – 29 | 0,7508 | 5 059 |
| 30 – 34 | 0,8319 | 5 605 |
| 35 - 39 | 0,9399 | 6 333 |
| 40 – 44 | 1,119 | 7 540 |
| 45 – 49 | 1,4528 | 9 789 |
| 50 – 54 | 2,0164 | 13 587 |
| 55 – 59 | 2,7207 | 18 332 |
| 60 – 64 | 3,3712 | 22 715 |
| 65 – 69 | 4,0952 | 27 594 |
| 70 – 74 | 4,9399 | 33 286 |
| 75 – 79 | 5,4859 | 36 965 |
| 80 – 85 | 5,522ž | 37 212 |
| 85 + | 5,4122 | 36 468 |

Zdroj: NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1; s. 52 - 53

Tento příklad byl vzorem výpočtu pojistného v závislosti na věku pojištěnce. Z tabulky je patrné, že pojistná částka pro vyšší věkové kategorie je již skutečně vysoká. V privátním zdravotním pojištění se starší osoby nepojišťují již vůbec nebo formou dlouhodobého

pojištění. To může být i doživotní a jeho výše se stanoví podle věku, ve kterém pojištěnec vstupuje do pojištění.

Dalším faktorem ovlivňujícím náklady je také místo pobytu pojištěnce. V podmínkách České republiky má jen malý vliv a to z důvodu rozlohy České republiky. Jde totiž o rozmístění a dostupnost zdravotnických zařízení v dané oblasti. Čím je dostupnost lepší, tím častěji je zdravotní péče využíváno.

Dalším rizikovým faktorem je profese. A to už jen z toho postavení, že různé profese jsou vystaveny různému riziku poškození zdraví a tedy potřeby zdravotní péče. [12],[6]

3.6.1.3 Spoluúčast pojištěnců – stanovení pojistného

Spoluúčast je používána jak v privátním, tak statutárním zdravotním pojištění a to s cílem omezit nadměrné užívání zdravotní péče, pokud je cílem získání dalšího zdroje k financování zdravotní péče nebo je cílem snížení pojistného. Jsou známy tři základní formy spoluúčasti:

Franšíza, což je pevná částka, kterou musí pojištěnec zaplatit dříve, než začíná platit zdravotní pojišťovna. Pojištěnec tedy musí např. zaplatit první část z ceny nemocničního pobytu či ambulantních plateb v kalendářním roce.

Soupojištění, to je pevné procento z úhrady každé služby, které musí pacient zaplatit sám. Může jít např. o procenta z nemocničního pobytu a zbytek uhradí pojišťovna.

Pevný poplatek, to je pevná částka, kterou pacient musí zaplatit za každou službu. V České republice je typickým příkladem 30 Kč za návštěvu lékaře či 30 Kč za recept. [12]

3.6.1.4 Skupinová zdravotní pojištění – stanovení pojistného

Pro skupinová zdravotní pojištění lze využít analogické metody výpočtu sazeb jako u individuálních zdravotních pojištění. Nejjednodušším způsobem je použití komunitní sazby pojistného a dle počtu pojištěných osob nebo dle počtu smluv vypočítat čisté pojistné pro skupinu. Lze také zohlednit rizikové faktory. Tento postup je vhodný k použití u malých skupin, tedy do 50 osob.

Pro výpočet větších skupin je nutno použít např. upravenou komunitní sazbu za použití korekčních faktorů. [2]

3.6.1.5 Dlouhodobé zdravotní pojištění – stanovení pojistného

Všechny výše uvedené příklady byli výpočtem krátkodobého zdravotního pojištění, které se obnovuje po jednom roce. Pojišťovna pak může promítnout do pojistného příštího roku inflaci a to, že pojištěnec je o rok starší, což bude mít pravděpodobně za následek zvýšení pojistného.

Pojišťovny ovšem mohou nabízet dlouhodobé zdravotní pojištění, u nichž je výše pojistného stanovena na základě věku vstupu pojištěnce do tohoto pojištění. Výpočet pojistného se v tomto případě velmi shoduje s výpočtem pojistného v životním pojištění. Všechny příjmy a budoucí očekávané výdaje v průběhu celé doby pojištění se obvyklými postupy z finanční matematiky přepočítají do jejich tzv. počáteční hodnoty. Z principu ekvivalence vyplývá, že počáteční hodnota všech budoucích inkas pojistného se musí rovnat počáteční hodnotě očekávaných výdajů na zdravotní péči pojištěnce v průběhu celé doby pojištění. Výpočet pojistného vychází ze znalosti věkových indexů průměrných výdajů za zdravotní péči na věkově standardizovaného pojištěnce a za péči v jednotlivých letech života. [2], [12]

3.6.1.6 Bezpečnostní přírážka

Bezpečnostní přírážku přidává zdravotní pojišťovna k čistému pojistnému, aby pokryla nepříznivé výkyvy škodného průběhu, které plynou z náhodných výkyvů pojistného plnění a také z nepředvídatelného vývoje cen zdravotních služeb.[12]

3.6.1.7 Stanovení hrubého pojistného

Hrubé pojistné je takové pojistné, které nakonec platí pojistník nebo pojištěnec, který je současně pojistníkem. K čistému pojistnému s připočtenou bezpečnostní přírůžkou se přidávají správní náklady a zisk zdravotní pojišťovny. Pak tedy:

$$\text{Hrubé pojistné} = \text{rizikové pojistné} + \text{správní náklady} + \text{zisk}$$

Zahrnuté správní náklady se mohou dělit dle toho, zda nezávisí na výši pojistného nebo zda rostou s jeho výší. Dle určení je můžeme dělit na:

- Akviziční náklady, a to zejména provize obchodníkům
- Inkasní náklady spojené s výběrem pojistného
- Storno náklady spojené s rušením pojistek
- Likvidační náklady spojené s vyřizováním pojistných událostí
- Správní náklady v užším smyslu (nap. Účetnictví, právní služby apod.)
- Jiné náklady.

Dle českých daňových zákonů je pojistné osvobozeno od daně. [1],[12]

Správní náklady zdravotních pojišťoven z oblasti privátního zdravotního pojištění jsou většinou vyšší než správní náklady statutárních systémů zdravotního pojištění. V České republice podíl správních nákladů ve statutárním zdravotním pojištění činí cca 3,1 % a v privátním pojištění cca 24 %.

Bonusy ve zdravotním pojištění jsou používány s cílem motivovat pojištěnce k takovému chování, jako je pravidelná preventivní prohlídka či dodržování zásad zdravého životního stylu. Lze je uplatnit jako slevu na předepsané spoluúčasti nebo jako slevu na pojistném.

[12]

3.6.2 Stanovení pojistných sazeb ve statutárním zdravotním pojištění

Stanovení pojistných sazeb má smysl pouze ve statutárních systémech zdravotního pojištění podle Bismarckova modelu. V tomto modelu je obvykle velikost zdravotního pojistného odvozena od příjmů pojištěnce a to pevnou procentní sazbou. Znamená to tedy určitou solidaritu příjmově silnějších s těmi příjmově slabšími. Její míra se však často omezuje stanovením maximální výše pojistného, jako je tomu např. od roku 2008 v České republice. [6],[12]

O platbu zdravotního pojištění se pak dělí většinou zaměstnanec se svým zaměstnavatelem v určeném poměru, v České republice dvě třetiny pojistného platí zaměstnavatel.

Pokud statutární pojištění nezahrnuje rodinné pojištění, jako např. v České republice, je možno, že za rodinné příslušníky platí pojistné státní rozpočet, pokud jde o děti či rodiče celodenně pečující o děti. Co se týče důchodců v České republice, je za ně zdravotní pojištění placeno ze státního rozpočtu.

Pojistné sazby mohou být pevně stanoveny zákonem (Česká republika), nařízením vlády či příslušného ministerstva nebo mohou být pojistné sazby upravovány každý rok zdravotní pojišťovnou s ohledem na vývoj bilance v minulém období a taktéž toto může být využito jako konkurenční nástroj při volbě pojišťoven. V případě pevných zavezše odhad výdajů obvykle provádí rozpočtovým způsobem za celý sektor zdravotnictví. V České republice tento výpočet proběhl v roce 1992. Odhad výdajů je možné snížit o úspory vyplývající ze zavedené spoluúčasti.[12]

3.6.3 Zdravotní pojištění a plnění pojistného

Velká část výdajů pojišťoven je tvořena výdaji za zdravotní péči a proto tyto výdaje pojišťovny chtějí mít pod kontrolou a chtějí zamezit větším výkyvům u těchto výdajů. Jsou tedy důležité mechanismy úhrady zdravotní péče, protože určují, do jaké míry je riziko nemocnosti pojištěnců a případné neefektivnosti poskytované zdravotní péče rozděleno mezi plátce.

Zdravotní pojišťovna může péči uhrazovat přímo poskytovatelům anebo může odškodnit pojištěnce. Pokud zdravotní pojišťovna uhradí péči přímo za pojištěnce, jde o úhradu třetí stranou nebo o věcné plnění vůči pojistnému.

Pokud pacient musí uhradit část zdravotní péče ze svých financí formou spoluúčasti, pak běžně tyto poplatky platí přímo zdravotnickému zařízení a zdravotní pojišťovna již doplatí jen zbylou částku.

Platba třetí stranou umožňuje ovšem zdravotní pojišťovně větší kontrolu na výši dané úhrady za zdravotní péči a tím se také vytváří větší prostor pro různé varianty mechanismů úhrady a různá regulační opatření. Na druhé straně ovšem úhrady zdravotní péče přímo ve zdravotnickém zařízení pacientem ho staví do lepší pozice v tomto zařízení.[2],[12]

3.6.4 Mechanismy úhrady zdravotní péče

Pro rozdělení mechanismů úhrady je základním hlediskem faktor, který je předmětem úhrady. Dalším faktorem je objem poskytnuté zdravotní péče. Pro jeho stanovení je důležitá základní jednotka zdravotní péče, která je pak předmětem úhrady. Může se jednat o jeden dílčí výkon, o návštěvu v ambulanci, o jeden den pobytu v nemocnici apod.

Na mechanismy je kladena celá řada požadavků. Hlavně by měl mechanismus motivovat k poskytování žádoucí struktury a objemu zdravotní péče. Jinak řečeno, měl by motivovat k poskytování kvalitní zdravotní péče nebo by alespoň neměl nabádat k nekvalitní péči.

Mechanismy je možno ještě rozdělit v oblasti statutárního zdravotního pojištění dle toho, jestli jsou uplatňovány na mikro úrovni, čímž je myšleno jednotlivé zdravotnické zařízení, nebo na makro úrovni, čímž je myšlen jeden konkrétní sektor zdravotnických služeb.[2]

3.6.4.1 Platba za jednotlivý výkon

Je nejpoužívanějším úhradovým mechanismem v ambulantní péči, zejména v privátním pojištění. Ve statutárním se používá již méně. Např. v 90. letech minulého století ve všech segmentech zdravotní péče platbu za jednotlivý výkon používala ve statutárním zdravotním pojištění jen Česká republika a Lotyšsko.

Přináší motivaci k nadprodukcí výkonů ze strany poskytovatele zdravotní péče a s tím spojené zvýšení výdajů ze strany zdravotní pojišťovny.

Pevný sazebník výkonů – obvyklý v systémech statutárního pojištění.

Volná cenotvorba – založena na vztahu poptávky a nabídky.

Vícestupňové určení ceny výkonu – předpokládá ohodnocení výkonů nikoliv v peněžních jednotkách, ale v tzv. bodech.

Pevné ocenění výkonů s cílovými bonusy (malusy) – na základě úhrady pevné ceny a jednotlivý provedený a zdravotní pojišťovně vykázaný výkon. Konečná výše úhrady je však ještě změněna o bonus (malus), který závisí na splnění určitých ukazatelů, které jsou dohodnuty mezi pojišťovnou a zařízením nebo na dosažení očekávaného objemu provedených výkonů. [6], [12]

3.6.4.2 Platba za komplex výkonů

Paušál za epizodu neboli případ léčení – ten pokrývá průměrné náklady na jednu danou epizodu léčení. Ta může být vymezena zdravotním stavem nebo určitým obdobím. Příkladem může být úhrada za péči o těhotnou ženu.

Paušál za návštěvu ve zdravotnickém zařízení – je to pevná částka za návštěvu nějakého konkrétního ambulantního zdravotnického zařízení. Většinou zahrnuje i úhradu diagnostických výkonů.

Paušál za den pobytu v nemocnici – je to pevná částka za jeden den pobytu v nemocnici. Tato částka může být rozdílná podle oddělení pobytu pacienta.

Paušály postavené na casemixových klasifikačních systémech – jde ve své podstatě o paušály za případ léčení nebo za návštěvu, jejichž výše se liší na základě casemixového klasifikačního systému. Tzn. Podle diagnózy pacienta, provedeného výkonu nebo podle dalších hledisek. [12]

3.6.4.3 Kapitační platby

Spočívají v pevně určené částce za každého pojištěnce v dlouhodobé péči daného poskytovatele zdravotní péče, kterou pojišťovna poskytovateli pravidelně platí. A nebere v potaz, zda byl pojištěnec v daném období zdravý nebo nemocný.

Tato platba praktickým lékařům v českém systému veřejného zdravotního pojištění postupně klesá za každého nově registrovaného pojištěnce, pokud dosáhnou určité hranice registrovaných pojištěnců. Kromě toho, že s vyšším počtem registrovaných pojištěnců příslušné lékařské ordinace, je uveden jako důvod klesající kapitační platby také ten, že nad určitý počet pojištěnců v péči není možné, aby lékař zajistil dostatečnou kvalitu péče pro všechny.

Výhodou kapitační platby ovšem je, že podporuje kontinuitu, komplexnost a dostupnost zdravotní péče. Toto je důležité hlavně pro primární zdravotní péči. Občan může lékaře změnit, ovšem jsou stanovena určitá pravidla a lhůty, kdy tak lze učinit. [4],[12]

Výše této platby za registrovaného pojištěnce je obvykle rozdílná dle míry očekávané potřeby zdravotní péče v příslušném zařízení a nepřímo i očekávaných nákladů spojených se zdravotní péčí o pojištěnce.

V České republice je používána velmi podrobná diferenciací kapitačních plateb na 18 věkových skupin po pěti letech. Rozdílem je např. situace ve Velké Británii, kde se používají pouze tři věkové skupiny.

V České republice jsou používány kapitační platby společně s platbou za výkon. [12]

3.6.4.4 Rozpočet

Je možné dělení z několika hledisek. Jde o rozpočty založené na potřebě vstupních faktorů, rozpočty založené na poskytnutí určitého objemu zdravotní péče nebo na dosažení určitých zdravotně politických cílů.

Další hledisko je, zda jde o rozpočet pevný nebo variabilní dle skutečných nákladů nebo skutečně poskytnutém objemu zdravotní péče. Variabilní odpovídá předpokládanému objemu zdravotní péče, pokud se ovšem poskytnut objem péče překročí, hradí se pouze marginální náklady spojené s dodatečným objemem.

Globální rozpočet, neboli rozpočet na celý sektor zdravotnických služeb, se používá jako nástroj k omezování růstu výdajů ve statutárních systémech zdravotního pojištění. Jeho příkladem může být oddělený rozpočet pro stomatologickou péči, který používala VZP v polovině 90. let minulého století s cílem regulace celkových výdajů právě na stomatologickou péči ze zdravotního fondu. [4]

3.6.4.5 Úhrady léků

Léky pro závažná chronická onemocnění jsou obvykle hrazeny ze statutárního zdravotního pojištění. U ostatních léků z pozitivního seznamu se zdravotní pojišťovny podílí určitým procentem, většinou 50 – 75 % nebo do určité hranice, která je stanovena pro každý lék nebo skupinu léků individuálně.

Ke stanovení úhrady léku ze strany zdravotního pojištění je důležitá referenční cena léku, podle které se úhrada ze statutárního zdravotního pojištění odvozuje. Většinou je používán systém referenčních cen na základě obsahu účinné chemické látky v léku. Veškeré léky, které mají stejný obsah účinné látky mají z hlediska úhrady ze statutárního zdravotního pojištění tutéž referenční cenu. Spoluúcast pacienta je pak stanovena jako rozdíl tržní ceny léku a referenční ceny. Tento systém je využíván i v České republice. [12]

3.7 Správa a provozování zdravotního pojištění

Typy zdravotních pojišťoven

Velmi často mluvíme o neziskových vzájemných pojišťovnách, ty mají blízko k odborovým organizacím. Dalším typem zdravotních pojišťoven jsou veřejné instituce zřízené ze zákona, typickým příkladem je Všeobecná zdravotní pojišťovna v České republice.

Příjmy pojišťoven tvoří zejména pojistné stanovené na základě rizika pojištěnce v privátním pojištění nebo nezávisle na riziku ve statutárním pojištění. Dalšími příjmy mohou být dotace z veřejných rozpočtů, např. platba za státní pojištěnce v České republice, prostředky z přerozdělení mezi fondy, zvláštní daně a příjmy plynoucí z kapitálového zhodnocení rezervních fondů. [2]

3.8 Tvorby rezerv ve zdravotním pojištění

Tvorba rezerv v privátním zdravotním pojištění

Zdravotní pojišťovna přebírá na základě zaplaceného pojistného od pojištěnce riziko výdajů na zdravotní péči v určitém časovém období. Pojišťovna si tedy musí vytvářet tzv. pojistně technické rezervy. To jsou daňově uznatelné náklady zdravotních pojišťoven a pravidla pro jejich stanovení většinou specifikuje obecná zákon o pojišťovnictví nebo z něho odvozené prováděcí předpisy. Tyto rezervy můžeme rozdělit na:

Rezerva na nezasloužené pojistné – ta se tvoří, pokud období pojistného krytí, na něž bylo pojistné zaplaceno, přesahuje konec účetního období.

Rezerva na pojistná plnění představuje část pojistného běžného účetního období, které odpovídá pojistnému plnění, které nebylo možné z technických důvodů v běžném účetním období uskutečnit.

Rezerva na prémie a slevy – je rezervou, kterou zdravotní pojišťovna musí tvořit, pokud například nabízí svým pojištěncům ve všeobecných pojistných podmínkách bonusy za načerpání zdravotní péče.

Vyrovnávací rezerva – tvoří se pro celou oblast neživotního pojištění a slouží k vyrovnání zvýšených nákladů na pojistná plnění, které vznikly z titulu výkyvů ve škodném poměru a byly způsobeny skutečnostmi, které jsou nezávislé na vůli zdravotní pojišťovny.

Rezerva pojistného neživotních pojištění – ta se vytváří v případě, pokud se pojistné stanovuje podle věku pojištěného při vstupu do pojištění. Toto je časté především u substitučních zdravotních pojišťoven. [12]

Tvorba rezerv ve statutárním zdravotním pojištění

Zdravotní pojišťovny v oblasti statutárního zdravotního pojištění nepracují s tak detailně určenými rezervami a nevytváří žádné rezervy na budoucí zvýšené výdaje. Rezervní fondy, které se zde vytvářejí, jsou určeny pro vyrovnaní krátkodobých výkyvů ve výdajích na zdravotní péči. Předepsaná výše rezervního fondu ve statutárním zdravotním pojištění je v České republice 1,5 % z ročních příjmů. [12]

Rezervy zdravotních pojišťoven v České republice a jejich souvislost s krizí

Ministerstvo zdravotnictví České republiky již na konci roku 2008 nesouhlasilo s návrhy politické opozice a České lékařské komory s použitím rezerv, vytvořených v předchozích letech ve výši 28 miliard Kč. Vzhledem k tomu, že však v této době pojišťovny měly nesplacené své závazky ve výši 23 miliard, skutečná rezerva činila 5 miliard Kč.

Ministerstvo zdravotnictví obhajovalo zachování této rezervy tím, že již zpracované pojistné plány jednotlivých pojišťoven na další rok vycházely z tehdy již nereálných předpokladů. V pojistných plánech totiž kalkulovaly s růstem českého hospodářství a nízkou nezaměstnaností. Tato kalkulace však již v té době neodpovídala realitě vzhledem k nepředpokládanému rychlému nástupu ekonomické krize.

Jelikož ministerstvo zdravotnictví tento návrh obhájilo, bylo v následujících letech zabráněno zpoždění plateb poskytovatelům zdravotní péče z důvodu platební neschopnosti pojišťoven. [14]

3.9 Zdravotní pojištění v České republice

V České republice byl v roce 2000 podíl veřejných výdajů na HDP 91,4 % a podíl výdajů na zdravotnictví na celkových veřejných výdajích 6,6 %. V České republice jsou tedy výdaje na zdravotní péči na obyvatele zhruba desetkrát větší než roční náklady na obyvatele ve smysluplném základním koši zdravotních služeb. Za tento koš je možné pořízením opravdu jen toho nejzákladnějšího rozsahu zdravotní péče. [12]

Statutární zdravotní pojištění bylo v České republice zavedeno opět v letech 1992 – 1993 a jeho legislativní základ tvoří 4 zákony a to:

- 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění
- 592/1992 Sb. O pojistném na veřejné zdravotní pojištění
- 551/1991 Sb. O Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- 280/1992 Sb. O zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách

Český systém veřejného zdravotního pojištění je založen na několika základních principech. Jde hlavně o veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v ČR. Není tedy možnost z tohoto systému vystoupit, ale je možno pojištění přerušit, a to déletrvajícím pobytem v cizině a za splnění určitých podmínek. V České republice neexistuje rodinné pojištění tzn. Každá osoba je pojištěna samostatně. [6]

Pojištěnci tzn. Aktivní plátcí zdravotního na úhradách zdravotní péče využijí jen přibližně 40 % výdajů veřejného zdravotního pojištění, ale zaplatí asi 76 % jeho příjmů. Pokud by stát měl platit plnohodnotné pojistné za skupiny nevýdělečně činných osob, musel by platit dvakrát více než dosud. Pokud by současně nebyl výrazněji snížena sazba pojistného pro výdělečné osoby, dostala by se Česká republika na evropskou špičku v podílu výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP.

Nositeli zdravotního pojištění je v České republice několik zdravotních pojišťoven. Největší je již zmíněná Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Ostatní tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny získávají licenci na svoji činnost u Ministerstva zdravotnictví po splnění příslušných podmínek. Pravidla pro jejich činnost se však nikterak více neliší od pravidel pro VZP. [12]

Zdravotní péče uhrazovaná pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovena zákonem kombinací pozitivního a negativního vymezení hrazených zdravotních služeb.

Zdravotní pojišťovny jsou nuceny tvořit rezervní fond ve výši 1,5 % svých ročních příjmů, jak již bylo výše zmíněno. Každá zdravotní pojišťovna má také nárok na náhradu části nákladů na zvlášť nákladné pojištěnce, za toho je považována osoba, která v kalendářním roce vyžadovala větší úhradu péče z veřejného zdravotnictví pojištění než byl třicetinasobek

průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v tomto kalendářním roce. Náhrady se převádí z fondu přerozdělení.[2],[12]

Další formou zajištění je fond, do kterého, do kterého jsou povinny přispívat všechny zaměstnanecké pojišťovny daným procentem svých příjmů a který slouží k uspokojení pohledávek poskytovatelů péče po případném bankrotu některé z pojišťoven. S jejich bankrotem souvisí i ustanovení zákona, že pojištěnci zbankrotované pojišťovny přecházejí do VZP, pokud si nevyberou jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu. Zdravotní péči uhrazují zdravotní pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče.

Služby ambulantních specialistů jsou hrazeny platbou za výkon, ale s omezením na celkovou výši úhrady, stanoveném jedna na základě normativního času odpovídajícího vykonaným výkonům. Služby v nemocnicích jsou také hrazeny výkonově, nicméně i zde je aktuální omezení na celkovou výši úhrady podle průměrných nákladů na pacienta v předchozím období.[12]

System veřejného zdravotního pojištění je v České republice dominantním plátcem zdravotní péče. Např. v roce 2005 bylo celkem 86 % veškerých výdajů na zdravotní péči uhrazeno veřejným zdravotním pojištěním.

Reforma veřejných financí, schválená v roce 2007, však významně mění dosavadní téměř neutrální charakter systému statutárního zdravotního pojištění vzhledem k výši příjmu osob na silně regresivní tzn. Osoby s vyšším příjmem platí na zdravotní péči relativně méně než osoby s menším příjmem. A to zavedením stropu vyměřovacího základu na zdravotní pojištění pro všechny výdělečné osoby a zavedením spoluúčasti v ambulantní i hospitalizační péči.

Rozvoj privátního pojištění je v České republice velmi omezen veřejným pojištěním. To totiž pokrývá veškeré osoby s trvalým pobytem na území státu a neexistuje zde tedy žádný větší prostor pro substituční zdravotní pojištění. Ve své podstatě nejpopulárnějším privátním pojišťovací produktem v České republice je pojištění léčebných výloh v zahraničí. V rámci tohoto pojištění je hrazena pouze péče do výše, jako by byla v České republice. Dalším typem je připojištění pro případ hospitalizace. To slouží především k úhradě nadstandardního pokoje nebo ostatních služeb, které nejsou běžně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.[2],[12]

3.9.1 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Tento zákon se zabývá veřejným zdravotním pojištěním, rozsahem a podmínkami, na jejichž základě jsou hrazeny zdravotní služby a způsobem stanovení cen a úhrad lékařských přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

Stanovuje, že pojištěncem je každá osoba, která je účastna na zdravotním pojištění. Pojem příslušná zdravotní pojišťovna označuje takovou pojišťovnu, u které je daná osoba pojištěna. Dále stanovuje pojmy jako jiný členský stát Evropské unie, zaměstnavatel, sídlo zaměstnavatele, zaměstnanec. Stanovuje také, kdy vzniká a kdy zaniká zdravotní pojištění u příslušné osoby.[26]

Výše a způsob placení pojistného a penále

Výši, způsob a případná penále stanoví zvláštní zákon. Zaměstnanec sám za sebe hradí třetinu pojistného, zbytek, tedy dvě třetiny, za něj platí zaměstnavatel. Písemnou smlouvou mohou zaměstnanec a zaměstnavatel dohodnout platbu pojistného např. v případě neplaceného volna. [26]

Práva a povinnosti pojištěnce

Dle tohoto zákona má pojištěnec právo na výběr zdravotní pojišťovny, pokud sám tento zákon nestanoví jinak. Pojištěnec může pojišťovnu změnit vždy jednou za 12 měsíců a to k 1. lednu následujícího roku. O změnu je třeba zažádat minimálně 6 měsíců předem. Při vstupu pojišťovny do likvidace nebo při zavedení nucené správy ad pojišťovnou je možnost rychlejší změny pojišťovny, a to k 1. dni následujícího kalendářního měsíce. Při narození dítěte je dítě automaticky pojištěno u stejné zdravotní pojišťovny jako matka. O změnu je možné zažádat až při přidělení rodného čísla. Zdravotní pojišťovna nemůže sama stanovit dobu, po kterou u ní bude pojištěnec pojištěn či sama tento pojišťovací vztah ukončit. Taktéž není oprávněna přijmout pojištěnce v jiných lhůtách než je uvedeno v tomto zákoně.

Dále stanovuje práva pojištěnce jako právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, na časovou a místní dostupnost služeb, na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách atd.

Pokud má pojištěnec pocit, že mu nejsou poskytovány služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost dle zákona o zdravotních pojišťovnách.

Pojištěnec je na druhou stranu ovšem povinen plnit oznamovací povinnost, sdělit svému zaměstnavateli v den nástupu pojišťovnu, u které je pojištěn. Dále je povinen hradit zdravotní pojistné, pokud není stanoveno jinak, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci, nechovat se tak, že by úmyslně poškodil své zdraví, při určitých situacích vrátit průkaz pojištěnce atd. [26]

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se hradí služby, které by měly zlepšit nebo zachovat stav pojištěnce či zmírnit jeho utrpení, a to když odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a jsou pro něj bezpečné, když jsou ve shodě se současnými poznatky vědy a pokud je prokázána jejich účinnost vzhledem k účelu poskytování.

Hrazenými službami jsou např. zdravotní péče preventivní, léčebná, lázeňská léčebná rehabilitační, poskytování léčebných přípravků či potravin pro zvláštní lékařské účely, přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů, odběr krve a odběr tkání, prohlídka zemřelého a pitva včetně přepravy, zdravotní péče spojená s těhotenstvím a porodem dítěte, pokud matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem atd.

Ze zdravotního pojištění se hradí služby poskytnuté a území České republiky. Je možné také uhradit částku vynaloženou na neodkladnou zdravotní péči, která byla poskytnuta v cizině, ale pouze do výše, která je stanovena pro takovouto péči v České Republice.[26]

Regulační poplatky

Pojištěnec má povinnost hradit regulační poplatek ve výši 30 Kč při:

- při návštěvě lékaře - praktického, klinického psychologa atd.
- za recept

90 Kč za využití pohotovostní služby poskytnuté lékařem.

100 Kč za každý den, kdy je poskytnuta lůžková péče, včetně lázeňské. První a poslední den léčby se počítá jako jeden den.

Od regulačních poplatků jsou osvobozeni:

- pojištěnci umístěny v dětských domovech, v zařízeních pro ústavní výchovu, v zařízeních pro zdravotně postižené, pojištěnci umístěni v pěstounských rodinách
- pojištěnci umístěni do ochranného léčení, do retenčních ústavů, pojištěnců umístěných do lůžkové péče bez jejich souhlasu
- při léčení infekčního onemocnění, pokud musí být pojištěnec izolován
- při předložení potvrzení, které není starší 30 dní, o žádost o hmotnou nouzi
- při posuzování vhodnosti pojištěnce k transplantačním účelům
- u některých pojištěnců, pobývajících v domovech pro osoby se zdravotním pojištěním, v domovech pro seniory atd.

Regulační poplatek neplatí také osoby do 18 let věku a neplatí se při preventivní prohlídce.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojištění v České republice je v rámci:

- Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou povinné zajistit svým pojištěncům dostupnost hrazených služeb v místě a také časovou dostupnost těchto služeb. Jsou také povinny vydat pojištěncům průkaz pojištěnce či jeho náhradu. [26]

Zavedení regulačních poplatků – rok 2008

Zavedení regulačních poplatků bylo z několika důvodů. Příkladem může být:

- ochrana pacientů před nežádoucími dopady kumulovaných doplatků za léky
- získání více prostředků na kvalitní péči o vážně nemocné

- očekávaný nárůst příjmů systému veřejného zdravotního pojištění v první roce na 3,5 až 4 miliardy

Tyto poplatky samy o sobě mají několik funkcí:

- 1) regulační – znamená zamezení nadměrného užívání zdravotní péče, jde např. o zbytečné využívání pohotovostní péče, předepisování levných léků apod.
- 2) signalizační – to znamená, že pokud občan zaplatí nějaký poplatek, upozorňuje ho to na užívání drahých služeb. Občan by si v tu chvíli měl uvědomit, že čerpá finance z veřejných financí.
- 3) Pobytové, hotelové, nezdravotnické náklady – ačkoliv je složité určit hranici, kdy jde o poskytnutí zdravotní péče a kdy jde o poskytnutí služeb, je nutné si uvědomit, že pobytem v nemocnici vznikají náklady na jídlo, energie atd.“
- 4) Psychologickou – je spojena spíše s historií a to proto, že v dřívějším režimu bylo spíše prosazováno to, že zdravotní péče je zdarma, že rozpočet je bezedný, že existuje dostatek peněz pro všechny a na léčbu všeho. Nyní si občané uvědomují, že finanční zdroje jsou omezené a je potřeba na ně přispívat.

Dopady zavedení regulačních poplatků během prvního roku byly různé. Došlo např. ke snížení předepisování nadbytečných léků – pokles receptů o 40 % - náklady na léky poklesly o 20 % což znamená úsporu 1,75 miliardy Kč.

Lidé více využívají domácí a ambulantní péči – snížil se počet pobytů v nemocnici a průměrná délka hospitalizace se zkrátila o 9 %

Počet návštěv u ambulantních specialistů klesl o 28 %

Počet návštěv LSPP klesl o 45 % [16]

Shrnutí vlivu regulačních poplatků:

- došlo k vytvoření úspor, které mohou být využity pro skutečně potřebné pacienty
- nikomu nebyl znemožněn přístup ke zdravotní péči

- zdravotníci mohou věnovat více času těžce nemocným pacientům
- byl zaveden limit na poplatky a doplatky jako nástroj ochrany chronicky nemocných

[18]

Pokuty a přírážky k pojistnému

Pojišťovna může uložit pokutu za nesplnění oznamovací povinnosti až ve výši 10 000 Kč a to až do 2 let, od data, kdy pojišťovna zjistila toto nesplnění. Při opakovaném nesplnění může uložit až dvojnásobnou pokutu.

Daná zdravotní pojišťovna může vyměřit přírážku k pojistnému zaměstnavateli, u kterého došlo v uplynulém kalendářním roce k opakovanému výskytu pracovních úrazů nebo nemocí z povolání ze stejných příčin a v důsledku toho i ke zvýšení nákladů na zdravotní služby, s výjimkou těch pracovních úrazů nebo nemocí z povolání, u nichž příčina je nezjištěna nebo k nimž došlo ohrožením zvířaty nebo přírodními živly anebo v důsledku protiprávního jednání třetích osob. Přírážka je stanovena do výše 5 % z podílu jím hrazeným za všechny zaměstnance.[26]

3.10 Ekonomické hodnocení zdravotní péče

Ekonomické hodnocení zdravotní péče se pokouší odpovědět na některé zásadní otázky spojené s poskytováním a financováním zdravotní péče. Jde především o to, zda má nějaký určitý zdravotní program, určitý léčebný postup nebo výkon smysl ve vztahu k jiným zdravotním programům. Léčebným postupům nebo výkonům, které vyžadují srovnatelné zdroje. [13]

Ekonomické hodnocení je také důležité proto, že umožňuje zřetelně identifikovat a hodnotit různé alternativy zdravotní péče. Důležitým ovšem pro nás je hledisko, z jakého toto hodnocení provádíme. Zda jde o individuální hledisko pacienta nebo hledisko zdravotní pojišťovny nebo celospolečenské hledisko. [12],[13]

Ekonomické hledisko se logicky zabývá vztahem mezi vstupy a výstupy zdravotních programů. Léčebných postupů a výkonů. Je možno srovnávat jednu veličinu pro různé

alternativy zdravotní péče, v tomto případě jde o tzv. analýzu nákladů a výnosů. Je možno také hodnotit výstupy z širšího hlediska individuálních a společenských preferencí vůči výstupům zdravotní péče, potom jde o tzv. analýzu nákladů a užitečnosti. Poslední typ ekonomického hodnocení, jenž je založen na hodnocení výstupů zdravotní péče prostřednictvím peněžního vyjádření je tzv. analýza nákladů a přínosů.

Analýza nákladů má dvě komponenty, jde o určení objemu spotřebovaných zdrojů ve vhodných jednotkách a ceny takové jednotky. Náklady na zdravotní služby ovšem kromě přímých nákladů také nutně zahrnují náklady režijní. Tyto režijní náklady můžeme různě alokovat a s různou mírou přesnosti.[13]

Hodnocení nákladů je velmi podobné pro všechny typy ekonomického hodnocení, ale hodnocení výstupů zdravotní péče a použití metod jejich hodnocení se již výrazně liší. Analýza nákladů a efektivity pracuje s jednoduchými veličinami anebo s takovými, které je možné považovat z hlediska výstupů za dílčí. Analýza nákladů a užitečnosti již pracuje s komplexnějšími ukazateli hodnotícími výstupy zdravotní péče, z nichž nejpoužívanější jsou ukazatelé QALY a DALY. QALY se zabývá srovnáním nákladů a výsledků zdravotní péče při chronickém selhání ledvin. Jde o srovnání kvality života s jistou intervencí a bez ní. Hodnocení DALY se příliš neliší od ukazatele QALY, liší se pouze tím, že pracuje s konstantní očekávanou délkou života. [12]

3.11 Typologie klasifikačních systémů

Klasifikační systémy je možno rozdělit z několika hledisek. Jedním z nich je, zda se klasifikační systém orientuje na jednotlivé epizody léčení nebo na náklady na léčení osob z pojistného kmene v daném časovém úseku, obvykle jde o kalendářní rok. Systémem orientovaným na epizody léčení je systém DRG, jenž se používá nejčastěji pro úhradu zdravotní péče poskytovatelům.

Dále můžeme systémy dělit dle oblasti zdravotní péče. Mohou být zaměřeny jen v omezené oblasti zdravotní péče např. rehabilitace. Na druhé straně pokrývají klasifikační systémy několik oblastí zdravotní péče nebo se snaží klasifikovat osoby z hlediska potřeby veškeré zdravotní péče.

Jako příklad jsou níže uvedeny dva typické klasifikační systémy, zaměřené na hodnocení nákladů na zdravotní péči pojistného kmene za určité období (PIPDCG) a na hodnocení nákladů na jednu epizodu zdravotní péče (DRG).

3.11.1 Klasifikační systém PIPDCG

Je založen na poznatku ověřeném statistickými analýzami a to, že významný vliv na potřebu zdravotní péče u jednotlivce má užívání zdravotní péče v minulých obdobích.

Tento systém lze využít zejména v případech, kdy plátce zdravotní péče chce na prospektivním základě hradit úplný rozsah zdravotní péče pro vymezenou skupinu pojištěnců organizaci poskytovatelů zdravotní péče.

Při vývoji tohoto systému se vycházelo z dat o využívání nemocniční péče. Prvním krokem bylo rozdělení všech diagnóz do 172 hlavních nemocničních diagnostických skupin. Druhým krokem byl výběr diagnóz, které by měly být zařazeny do výsledného modelu klasifikačního systému. Třetím krokem byla klasifikace pojištěnců do skupin podle diagnóz uvedených v seznamu z druhé kroku. K jednotlivým skupinám byly přiřazeny relativní váhy, které znamenaly závažnost a četnost hospitalizace.[12]

3.11.2 Klasifikační systém DRG

Byl historicky prvním a v současné době je nejznámějším klasifikačním systémem. Je zaměřen na epizody léčení v akutní nemocniční péči a dnes je využíváno několik jeho variant.

V roce 1996 začala být používána verze AP DRG pro potřeby úhrady nemocniční péče pojišťovnou VZP a od té doby je klasifikační systém DRG v České Republice využíván, ačkoliv zatím plnohodnotného využití nedosáhl. Od roku 2003 má ministerstvo zdravotnictví České Republiky licenci na využívání verze IR DRG. Ta řadí každý případ do jedné z 25 hlavních diagnostických kategorií MDC dle orgánových systémů nebo do tzv. pre-MDC, která zahrnuje určité výjimečné druhy případů. [12] [9]

Na základě hlavní diagnózy případu se případ klasifikuje do jedné z hlavních diagnostických kategorií, zde na základě základní diagnózy a případně provedeného

rozhodujícího výkonu případ klasifikuje do jedné z medicínských nebo chirurgických základních skupin podle závažnosti případu. [9]

Případy v jednotlivých DRG skupinách jsou si klinicky a také nákladově podobné.

Možnost využití klasifikačního systému DRG je rozmanitá a neomezuje se pouze na úhradu akutní nemocniční péče.[9]

3.11.3 Ostatní klasifikační systémy

Jeden z nejrozšířenějších klasifikačních systémů je systém ACG, který dříve využíval diagnózy jen z ambulantní péče. Je základem pro další odvozené klasifikační systémy. Klasifikace je do jedné z 53 – 93 skupin a to na základě věku, pohlaví, počtu a typu tzv. agregovaných diagnostických skupin, do kterých je pacient přiřazen. Tento klasifikační systém je využíván hojně zejména v USA.

Ze systému ACG je odvozen např. RACs, který se dělí na 17 diagnostických skupin, ale je zaměřen zvláště na psychiatrická onemocnění. Je využíván též v USA.

Další odvozen klasifikační model se nazývá ADG-Hosdom-Modell. Ten využívá ambulantní diagnózy s větší pravděpodobností doporučení k nemocničnímu léčení, ačkoliv nemusí nastat.

Odvozeným je také ACG-PM, který je založený na regresivním přístupu, který kromě rizikových faktorů z předešlého systému zohledňuje i předepsané léky. [12]

3.11.4 Aktualizace klasifikačních systémů

Ta zahrnuje sledování a činnosti, jejichž cílem je zajistit průběžné přizpůsobování klasifikačního systému změnám podmínek v oblasti jeho použití.

Znamená také průběžné vyhodnocování podmínek, na jejichž základě byla vytvořena klasifikace. Podmínky běžně zahrnují požadavky na homogenitu nákladů na zdravotní péči osob nebo případů, klasifikovaných do jedné skupiny, dostatečný počet případů v každé skupině a dostatečný odstup nákladů na zdravotní péči mezi jednotlivými skupinami.

V České republice je touto činností pověřeno Národní referenční centrum, které bylo založeno zdravotními pojišťovny a asociacemi poskytovatelů zdravotní péče. [12]

3.12 Světová ekonomická krize

Jedním z jevů, který měl vliv na financování zdravotnictví byla Světová ekonomická krize v roce 2008. Znamenala velký propad či zánik bank a pojišťoven jak v USA tak např. v Evropě.

Krize vznikla jako důsledek hypoteční krize v USA z roku 2007 a to tak, že se úrokové sazby k hypotékám rapidně zvýšily. Rozšířila se tedy z tzv. sub-prime sektoru, který nebyl nikterak více významný, do celé sféry finančních trhů a jejich institucí. Na rozdíl od dřívějších ekonomických krizí tedy nevznikla v rozvojových zemích. Významnou roli sehrála rovněž vysoká cena ropy v první polovině roku 2008. Ta vedla k poklesu reálného HDP a následně zvedla spotřebitelské ceny. Cenu ropy zvýšily spekulativní obchody, slabý dolar a také rostoucí poptávka Číny před olympiádou. Když na podzim 2008 naplno udeřila finanční krize, snížila cenu ropy. Ta se z červencového maxima (147 USD/barel) propadla během dvou měsíců o třetinu, její pád pokračoval, až na konci roku 2008 prolomila hranici 40 USD za barel.

Finanční krize a její dopady se samozřejmě nevyhnuly i České republice. Na samém počátku, tedy v roce 2008 však česká ekonomika krizí přímo zasažena nebyla. Nejvýznamnějším problémem, který ČR pocítila byl propad zahraniční poptávky. Hlavně velmi silná recese v Německu měla negativní dopad na tuzemskou ekonomiku. Hospodářský růst české ekonomiky začal tedy logicky ve druhé polovině roku 2008 výrazně zpomalovat, a to z 6% růstu HDP v listopadu 2007 na -4% pokles v roce 2009.

Z hlediska financování zdravotnictví je důležitým makroekonomickým ukazatelem nezaměstnanost. Jelikož ekonomická aktivita klesla, projevilo se to právě na trhu práce. Zvýšení faktoru jako je nezaměstnanost bezprostředně souvisí s ostatními ukazateli jako je HDP, inflace apod. Pro tuto práci je ovšem zajímavá právě nezaměstnanost a to z hlediska financování zdravotního pojištění nezaměstnaných. [8]

Tabulka 3: Nezaměstnanost v letech 2006 – 2010 v České republice

| | Míra zaměstnanosti v % | Míra zaměstnanosti muži v % | Míra zaměstnanosti ženy v % | Obecná míra nezaměstnanosti v % | Obecná míra nezaměstnanosti muži v % | Obecná míra nezaměstnanosti ženy v % |
|--------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 2006 | 55 | 64,6 | 46,1 | 7,1 | 5,8 | 8,8 |
| 2007 | 55,6 | 65,5 | 46,4 | 5,3 | 4,2 | 6,7 |
| 2008 | 56 | 65,8 | 46,6 | 4,4 | 3,5 | 5,6 |
| 2009 | 54,8 | 64,3 | 45,7 | 6,7 | 5,8 | 7,7 |
| 2010 | 54,2 | 63,7 | 45,1 | 7,3 | 6,4 | 8,5 |
| Průměr | 55,12 | 64,78 | 45,98 | 6,16 | 5,14 | 7,46 |

Zdroj: vlastní zpracování; data ČSÚ

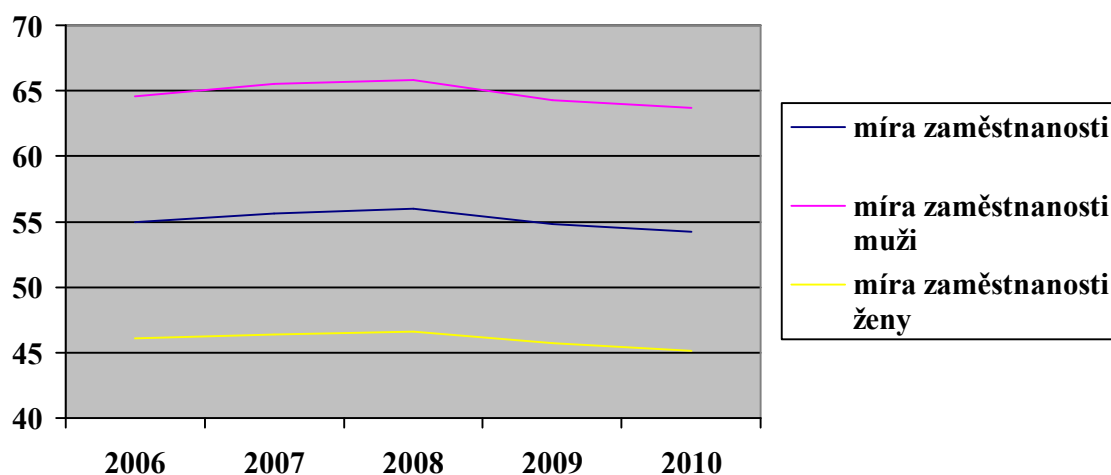
Graf 1: Obecná míra nezaměstnanosti v %



Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

V grafu je zachycen vývoj nezaměstnanosti v procentech v letech 2006 – 2010. Jak je vidět, všeobecný trend vývoje ve sledovaných letech je stejný jak u mužů tak u žen. Obecná míra nezaměstnanosti u žen je vyšší než všeobecná míra nezaměstnanosti a výrazně vyšší než obecná míra nezaměstnanosti mužů. Je patrné, že od roku 2006 nezaměstnanost stále postupně klesala až do roku 2008. Při nástupu krize začala nezaměstnanost opět stoupat a do roku 2010 se dostala opět na stejné hodnoty jako v roce 2006.

Graf 2: Míry zaměstnanosti v %



Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

Tento graf zachycuje vývoj míry zaměstnanosti opět v procentech. Jak je vidět při porovnání s grafem vývoje nezaměstnanosti, míra zaměstnanosti nereflektuje s vývojem míry nezaměstnanosti. V čem tento graf odpovídá předchozím je to, že míra zaměstnanosti mužů je vyšší než míra zaměstnanosti žen. Logicky to odpovídá tomu, že míra nezaměstnanosti mužů je nižší než míra nezaměstnanosti žen.

Tabulka 4: Míra registrované nezaměstnanosti v České republice v letech 2006 - 2010

| | Evidovaní uchazeči o zaměstnání | Míra registrované nezaměstnanosti |
|------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 2006 | 448 545 | 7,7 |
| 2007 | 354 878 | 6,0 |
| 2008 | 352 250 | 6,0 |
| 2009 | 539 136 | 9,2 |
| 2010 | 561 551 | 9,6 |
| 2011 | 508 451 | 8,6 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

3.13 Zdravotnictví a světová ekonomická krize

Zdravotnictví je ve své podstatě jediným segmentem, který nebyl postižen Světovou ekonomickou krizí v plné míře. Krize způsobila pokles tržeb jak v průmyslu, tak ve službách atd. Od roku 2007 se žádné odvětví nedostalo na výši tržeb jako před tímto rokem.

Níže je uvedena tabulka, kde je vidět, jak rozdílně rostla odvětví v letech 2007 – 2011. Patrná je odlišnost výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotnictví. [17]

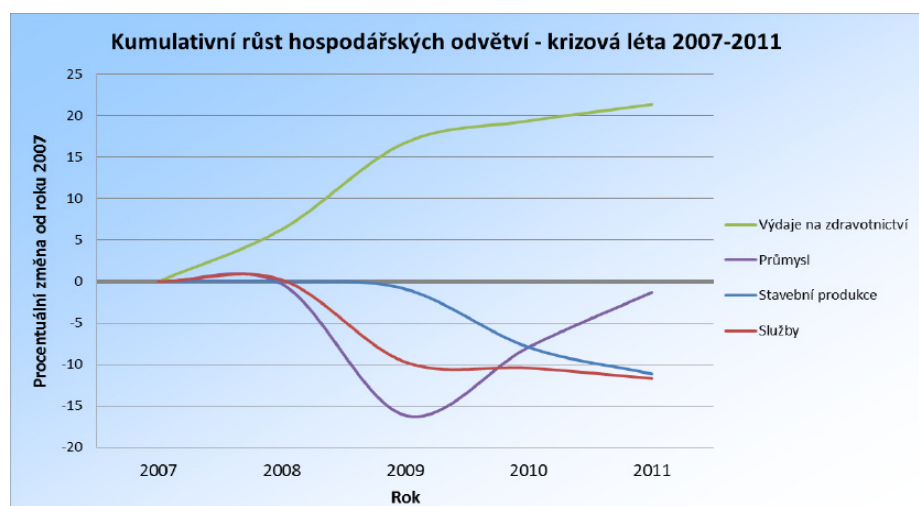
Tabulka 5: Kumulativní růst odvětví 2007 - 2011

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------------|------|------|-------|-------|-------|
| Průmysl | 0,0 | -0,3 | -16,2 | -7,9 | -1,3 |
| Stavební produkce | 0,0 | 0,0 | -0,9 | -7,9 | -11,2 |
| Služby | 0,0 | 0,2 | -9,7 | -10,4 | -11,7 |
| Výdaje ZP na zdravotnictví | 0,0 | 6,3 | 16,7 | 19,4 | 21,4 |

Zdroj: ČSÚ a data MZ ČR

Nejenže rostou výdaje zdravotních pojišťoven, ale zároveň roste i objem poskytované péče, jde zejména o oblast specializované péče. Tabulku uvedenou výše je možno vidět v následujícím grafu pro lepší představení si, jak probíhal vývoj financování různých oblastí.[17]

Graf 3: Kumulativní růst odvětví 2007 – 2011



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vydaje-na-zdravotnictvi-rostou_7563_1.html

V některých zdrojích se objevují informace o tom, že výdaje na zdravotnictví se snížily. Tyto zdroje ovšem používají jen celkové výdaje, kam se počítají i výdaje krajů a výdaje obyvatelstva na zdraví i za položky nesouvisející se systémem veřejného zdravotního pojištění. [17]

Podíl zdravotnictví financovaný pojišťovkami ovšem roste. V následující tabulce je možnost vidět vývoj financování zdravotnictví zdravotními pojišťovkami v letech 2009 – 2011.

Níže uvedená tabulka poskytuje základní fakta o vývoji zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v letech 2009 – 2011. Je z ní patrné, že i přes krizi výdaje stoupají.

Tabulka 6: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 2009 -2011

| | |
|------|--------------------------|
| 2009 | 210 033 mil. Kč |
| 2010 | 214 373 mil. Kč (+2,1%) |
| 2011 | 217 653 mil. Kč (+1,5%), |

Zdroj: ÚZIS ČR

4 Analytická část

Od roku 2000 až do roku 2011 se výrazně měnily jak příjmy, tak výdaje zdravotních pojišťoven. Péče o jednoho pacienta byla nákladnější.

4.1 Veřejné výdaje a výdaje na zdravotní péči

Tabulka 7: Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví (v Kč)

| | 2000 | | 2005 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy |
| 0 - 4 roky | 10 796 | 9 542 | 13 700 | 11 962 | 16 123 | 14 434 | 17 242 | 15 328 | 15 987 | 12 598 |
| 5 - 9 let | 5 519 | 5 189 | 8 231 | 7 316 | 9 290 | 7 446 | 10 016 | 8 457 | 9 102 | 7 342 |
| 10 - 14 let | 5 742 | 5 561 | 7 902 | 7 698 | 8 425 | 8 605 | 9 687 | 9 567 | 8 883 | 9 571 |
| 15 - 19 let | 5 440 | 6 531 | 6 847 | 8 572 | 7 803 | 9 278 | 8 948 | 10 996 | 8 037 | 9 939 |
| 20 - 24 let | 4 908 | 7 264 | 6 021 | 8 648 | 6 740 | 9 432 | 7 677 | 10 954 | 6 871 | 9 858 |
| 25 - 29 let | 5 300 | 8 642 | 6 632 | 11 504 | 7 611 | 12 931 | 8 425 | 14 662 | 8 246 | 14 449 |
| 30 - 34 let | 5 458 | 8 231 | 7 372 | 11 626 | 8 559 | 13 956 | 9 683 | 16 024 | 9 175 | 16 678 |
| 35 - 39 let | 5 918 | 8 274 | 8 271 | 11 670 | 9 285 | 13 166 | 10 584 | 14 060 | 9 779 | 13 348 |
| 40 - 44 let | 7 267 | 9 336 | 9 797 | 12 421 | 11 205 | 14 016 | 13 583 | 15 953 | 13 683 | 15 678 |
| 45 - 49 let | 9 518 | 11 638 | 13 031 | 15 472 | 13 961 | 16 874 | 14 288 | 19 126 | 14 330 | 17 178 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 50 - 54 let | 12 704 | 14 432 | 17 967 | 18 896 | 19 134 | 20 598 | 22 004 | 23 494 | 22 364 | 23 971 |
| 55 - 59 let | 16 532 | 15 722 | 23 709 | 21 546 | 26 298 | 23 252 | 27 640 | 24 136 | 27 176 | 24 767 |
| 60 - 64 let | 18 382 | 17 655 | 29 626 | 25 426 | 33 373 | 27 717 | 36 247 | 29 302 | 38 321 | 28 734 |
| 65 - 69 let | 21 460 | 20 938 | 35 787 | 30 171 | 41 212 | 33 503 | 44 120 | 36 127 | 43 593 | 38 492 |
| 70 - 74 let | 25 755 | 23 636 | 44 281 | 36 516 | 49 532 | 40 109 | 56 806 | 45 758 | 51 113 | 44 924 |
| 75 - 79 let | 28 252 | 26 370 | 47 936 | 40 273 | 55 844 | 46 074 | 57 878 | 48 024 | 58 577 | 47 507 |
| 80 - 84 let | 30 148 | 29 635 | 48 147 | 42 438 | 55 699 | 49 121 | 64 143 | 48 801 | 58 814 | 50 350 |
| 85 a více let | 25 710 | 29 045 | 45 399 | 44 718 | 54 563 | 53 365 | 63 887 | 57 746 | 56 108 | 55 365 |
| Prům ěr | 10 099 | 12 273 | 15 463 | 17 644 | 17 839 | 20 036 | 19 863 | 21 962 | 19 502 | 21 738 |

Zdroj: ÚZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>

V tabulce jsou věkové skupiny rozděleny do 18 skupin v intervalech po pěti letech. Dále je tabulka rozdělena dle pohlaví.

Je zde sledováno financování v pěti různých letech, a to v roce 2000, 2005, 2008, ve kterém se projevila krize, 2009 a rok 2010.

Posledním řádkem v tabulce je průměr výdajů na zdravotní péči, který ukazuje, že výdaje skokově vzrostly mezi lety 2000 a 2005. V roce 2008 opět výdaje vzrostly přibližně o 11 % oproti roku 2005. V roce 2009 výdaje meziročně opět vzrostly. Dalo by se dle tabulky říci, že krize se projevila v roce 2010, kdy výdaje na jednotlivce mírně klesly. Šlo přibližně o 2 % oproti roku 2009. Otázkou ovšem je, zda tento trend vývoje výdajů na zdravotní péči

je stejný u všech osmnácti věkových skupin a zda průměrné výdaje na jednotlivce jsou shodné s hodnotami u různých věkových skupin.

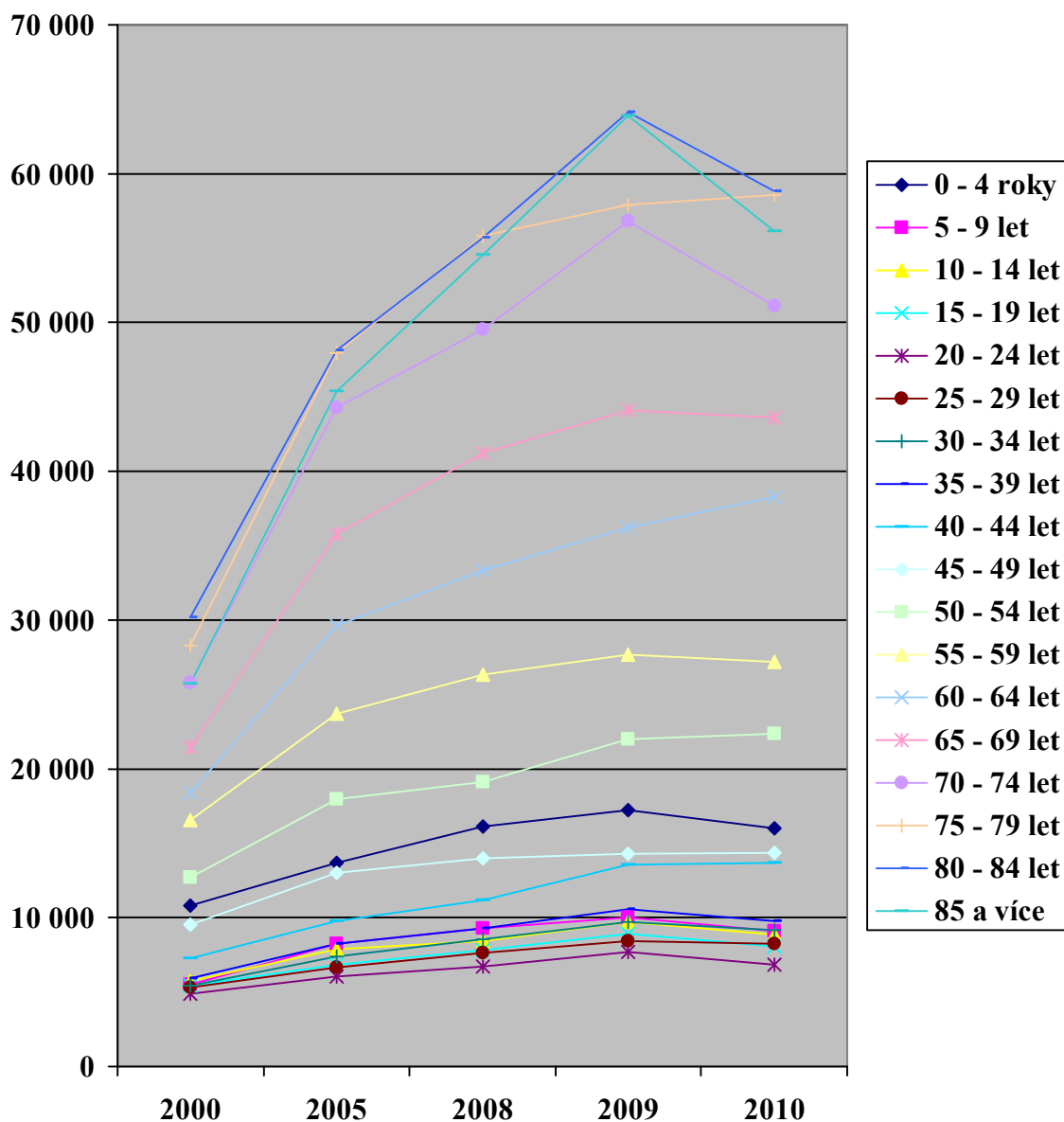
Pokud je řeč o trendu vývoje výdajů na jednotlivce mezi jednotlivými roky, dá se říct, že mezi roky 2000, 2005, 2008 a 2009 se shoduje s průměrem až na jedinou výjimku. Jde o věkovou kategorii 80 – 84 let u žen. Tam jako u jediné výjimky výdaje meziročně klesly. U dalších věkových kategorií u obou pohlaví zůstává trend vývoje výdajů na financování stejný. Podle průměru ovšem mezi roky 2009 a 2010 klesly výdaje, i když nepatrně. Při porovnání průměru s věkovými skupinami ovšem už se ovšem najde více výjimek. U mužů se tento trend nepotvrdil celkem čtyřikrát a to u věkových skupin 40 – 44 let, 45 – 49 let, 50 – 54 let a 75 – 79 let. U žen se nepotvrdil celkem sedmkrát a to u věkových skupin 0 – 4 roky, 10 – 14 let, 30 – 34 let, 50 – 54 let, 55 – 59 let, 65 – 69 let a 80 – 84 let.

Pokud je otázkou to, jak moc se shodují průměrné výdaje s výdaji u různých věkových skupin, dalo by se říci, že pouze dvě věkové kategorie se shodují s průměrem, a to věkové kategorie 45 – 49 let a 50 – 54 let. Ostatní skupiny se liší více či méně od průměru. Věkové skupiny, které jsou pod již zmiňovanou hranicí 45 – 49 let mají náklady nižší než jsou průměrné, akorát skupina 0 – 4 roky má výdaje přibližně podobné skupině 45 – 49 let. U skupin, které jsou nad hranicí 50 – 54 let se výdaje postupně s rostoucím věkem zvyšují kromě věkové skupiny 85 let a více, ale i tu této skupiny zůstávají výdaje stále dva a půlkrát vyšší než je průměr.

Při analýze růstu výdajů mezi roky 2000 a 2005 především u mužů, zjistíme, že opravdu v každé věkové kategorii výdaje na jednotlivce vzrostly, ale u některých věkových kategorií více. Vždy jde o přibližně 50% nárůst výdajů, ovšem u vyšších věkových kategorií se tento nárůst i zvyšuje. Např. nárůst u nejvyšší věkové skupiny je už 75 %, tedy téměř o dvacet tisíc Kč na jednotlivce. Při analýze toho samého u žen zjistíme, že nárůst u tohoto pohlaví není tak vysoký.

Při prostudování celé této tabulky se dá tedy říct, že krize skutečně nikterak více neovlivnila finanční situaci ve zdravotnictví. Výdaje na zdravotní péči na jednotlivce se sice snížily, ačkoliv nepatrně, což může být ovlivněno např. i regulačními poplatky, které byly popsány výše, a to na základě toho, že lidé např. nenavštěvují tak často lékaře atd.

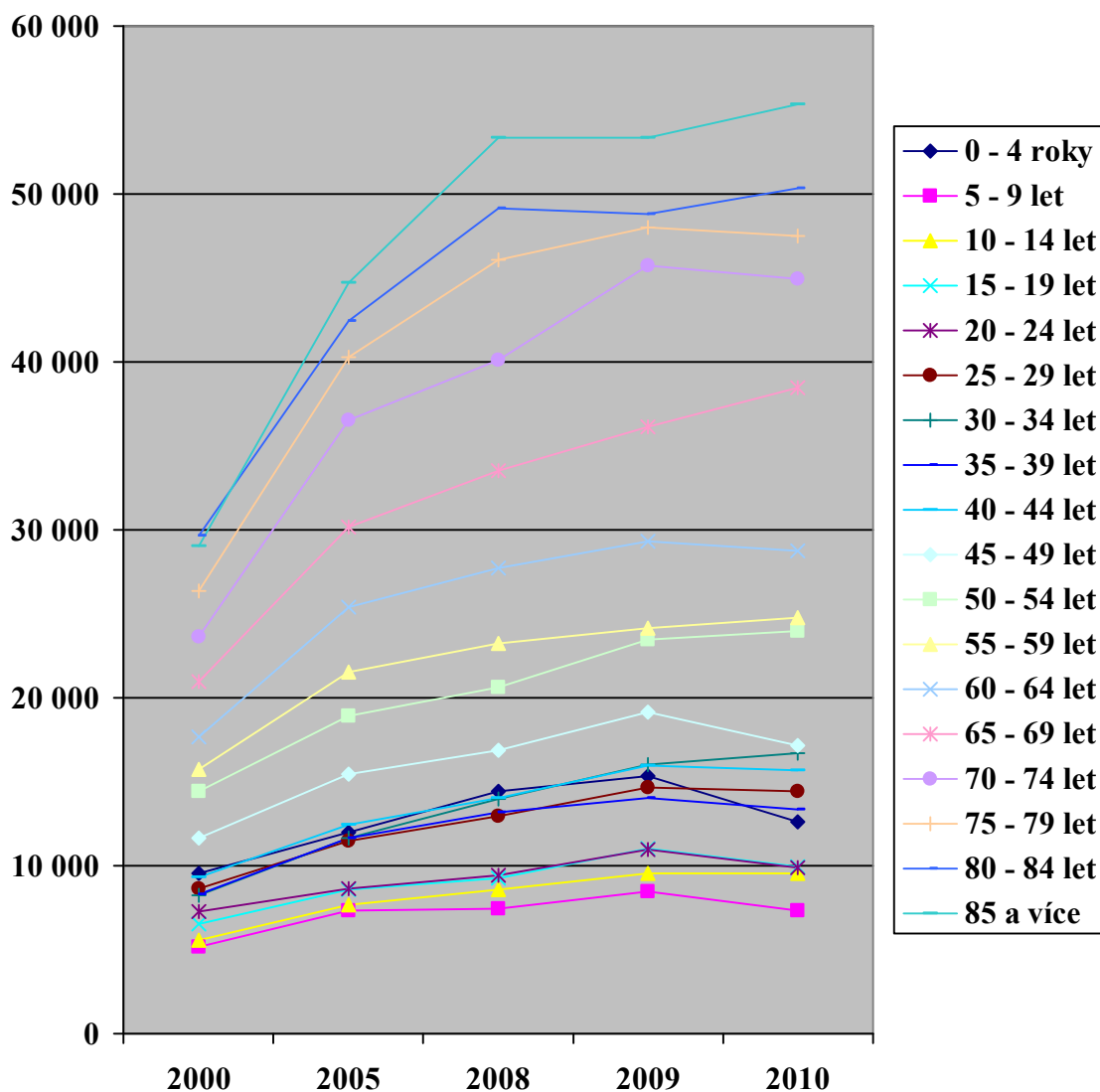
Graf 4: Průměrné výdaje na zdravotní péči v Kč- muži



Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

V grafu jsou vidět rozdíly mezi různými věkovými skupinami a výdaji na jejich péči. Na nižší věkové skupiny jsou výdaje např. Pod hranicí 10 000 mil. Kč u vyšších věkových kategorií až 64 000 mil. Kč což znamená až pětinasobně vyšší. U většiny věkových kategorií u mužů je vidět, že v roce 2010 výdaje tak často již nestoupaly. Patrné ovšem je, že výdaje od roku 2000 do roku 2010 u všech věkových skupin rostly.

Graf 5: Průměrné výdaje na zdravotní péči v Kč- ženy



Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

Pokud porovnáme graf žen s grafem mužů, věkové skupiny se řadí téměř stejně, ovšem co je oproti předchozímu grafu odlišné je to, že výdaje u žen mezi rokem 2009 a 2010 stoupaly častěji a to především u nejstarších věkových skupin.

Tabulka 8: Veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)

| Rok | Státní rozpočet + územní rozpočty | Zdravotní pojišťovny | | Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví |
|------|---|----------------------|----------------|--|
| | | celkem | Zdravotní péče | |
| 2000 | 17 110 | 115 792 | 111 421 | 132 962 |
| 2005 | 21 263 | 170 093 | 164 343 | 191 356 |
| 2006 | 22 828 | 174 200 | 166 902 | 197 027 |
| 2007 | 22 851 | 183 713 | 179 527 | 206 565 |
| 2008 | 21 439 | 197 280 | 193 528 | 218 719 |
| 2009 | 26 034 | 217 658 | 210 033 | 243 692 |
| 2010 | 20 781 | 222 500 | 214 373 | 243 281 |
| 2011 | 16 863 | 225 547 | 217 653 | 242 410 |

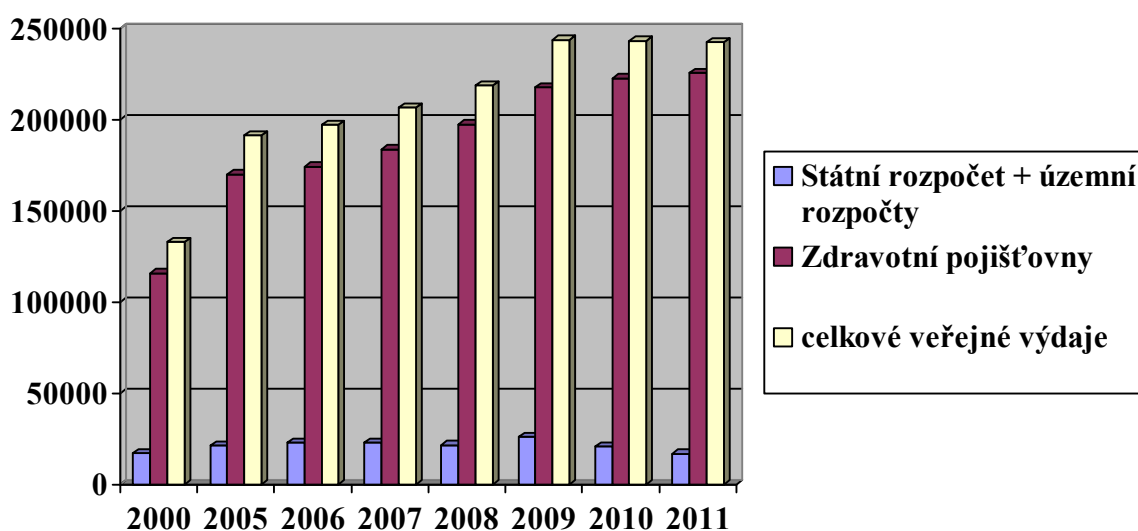
Zdroj: ÚZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>

Z tabulky je patrné, že celkové veřejné výdaje na zdravotnictví v posledních dvou letech mírně klesly, a to v součtu o 1 miliardu Kč, což v procentuelním vyjádření znamená pokles 0,5 % v letech 2009 - 2011. Pokud ovšem porovnáme toto číslo s čísly z předchozích let, je toto číslo vcelku malé, protože za předchozích deset let výdaje stouply o více než sto miliard Kč. Ve sledovaném období 2000 – 2011 výdaje stouply v součtu o více než 80 %.

Největší položkou z těchto celkových veřejných výdajů tvoří výdaje na zdravotní péči zdravotních pojišťoven, které ovšem na rozdíl od celkových výdajů ve sledovaných letech stále rostou, ve sledovaném období stouply o 95 % celkově. Jeden z nejnižších přírůstků výdajů byl mezi roky 2010 a 2011 a to přibližně o 1,5 %.

Oblastí, kde se výdaje na zdravotnictví snížily byly veřejné rozpočty a územní rozpočty. Právě výdaje v této oblasti se snížily natolik, že v součtu s výdaji zdravotních pojišťoven na zdravotní péči došlo k již zmiňovanému souhrnnému poklesu výdajů na zdravotnictví. Za sledované období šlo v součtu o pokles cca 1,5 %. K velkému poklesu došlo 2009 – 2011 a to celkem o 42 897 Kč, což v procentech oproti roku 2008 znamená přibližně 35 %.

Graf 6: Veřejné výdaje na zdravotnictví (mil. Kč)



zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

V grafu je vidět vývoj výdajů na zdravotnictví v letech 2010 – 2011. Žlutý sloupec znázorňuje celkové veřejné výdaje. Je vidět, že výdaje rostly, akorát v období 2009, 2010 a 2011 zůstaly na přibližně stejné úrovni.

Výdaje zdravotních pojišťoven evidentně podle grafu rostly výdaje ze státního rozpočtu a územních rozpočtů byly ovlivněny krizí. A tudíž v posledních letech klesly.

Výdaje zdravotních pojišťoven a rozpočty tvoří dohromady celkové veřejné výdaje a státní rozpočty jsou evidentně podle grafu výrazně nižší složkou celkových výdajů.

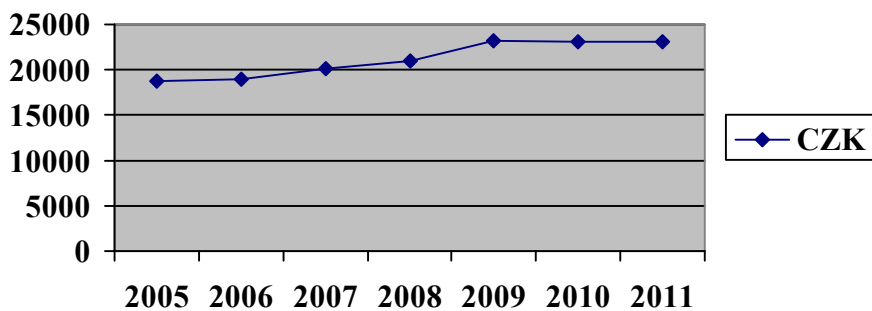
Tabulka 9: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CZK | 18 698 | 18 930 | 20 120 | 20 971 | 23 228 | 23 132 | 23 094 |
| V % | X | 1,24 | 6,29 | 4,23 | 10,76 | - 0,42 | - 0,16 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Tato tabulka ukazuje vývoj veřejných výdajů na jednoho obyvatele této země. Trend vývoje v této tabulce odpovídá trendu vývoje celkových nákladů na veřejné zdravotnictví. Je evidentní, že v posledních dvou letech náklady na obyvatele klesly, i když jen velmi mírně, přibližně o 0,68 %. Za posledních šest let ovšem v celku náklady na jednoho obyvatele stouply o přibližně 4 500 Kč, tedy 23,5 %.

Graf 7: Vývoj veřejných výdajů na jednoho obyvatele v období 2005 – 2011 v Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Tento graf je zobrazením předcházející tabulky a je z něj patrné, že výdaje na jednoho obyvatele a jejich vývoj se shodují s vývojem celkových veřejných výdajů na zdravotnictví.

Tabulka 10: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku

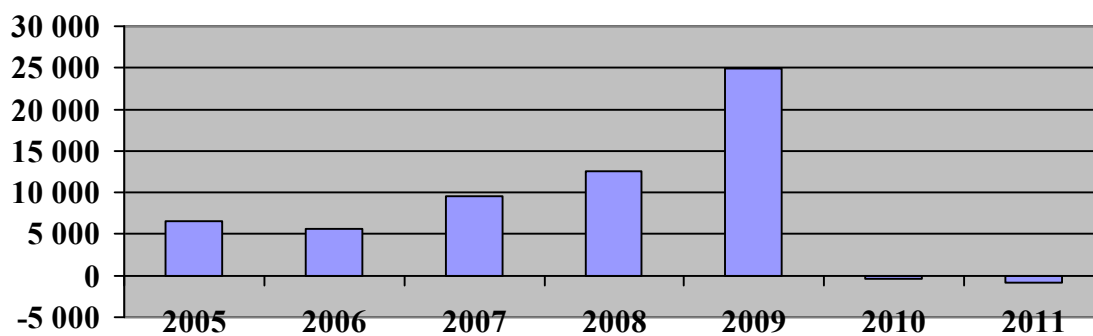
| Rok | Růst v % | Změna v mil. Kč |
|------|----------|-----------------|
| 2005 | 3,5 | 6 531 |
| 2006 | 3 | 5 671 |
| 2007 | 4,8 | 9 538 |
| 2008 | 6,1 | 12 554 |
| 2009 | 11,4 | 24 973 |
| 2010 | -0,2 | -411 |
| 2011 | -0,4 | -871 |

Zdroj: ÚZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>

Tato tabulka znázorňuje procentuální i přesné číselné vyjádření přírůstku veřejných výdajů vždy oproti předchozímu roku. Je zde tedy přesně vidět trend, který byl popsán výše. Výdaje na zdravotnictví se až do roku 2009 zvyšovaly a od roku 2006 do roku 2009 vždy o více procent než rok předchozí. V roce 2010 došlo k poklesu výdajů o 0,2 % a v roce 2011 dokonce o 0,4 %. Dohromady šlo o pokles výdajů o více než jednu miliardu Kč.

V celkovém součtu od roku 2005 do roku 2011 vzrostly výdaje o 57 985 mil. Kč, v procentuelním vyjádření to znamená nárůst o 28,2 %.

Graf 8: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Tabulka 11: Výdaje za zdravotní péči dle druhů domácností v mil. Kč

| | Rok | Domácnosti celkem | Domácnosti zaměstnanců | Domácnosti samostatně činných | Domácnosti důchodců |
|--------------------------|------|-------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Výdaje za zdravotní péči | 2006 | 1995 | 1 721 | 1 718 | 3 086 |
| | 2007 | 2 369 | 2 081 | 2 047 | 3 549 |
| | 2008 | 3 068 | 2 596 | 2 759 | 4 790 |
| | 2009 | 3 125 | 2 685 | 2 709 | 4 754 |
| | 2010 | 3 165 | 2 595 | 2 484 | 5 246 |
| | 2011 | 3 231 | 2 707 | 2 681 | 5 423 |
| Spotřební vydání úhrnem | 2006 | 97 342 | 100 187 | 99 518 | 90 476 |
| | 2007 | 104 017 | 107 889 | 106 446 | 95 404 |
| | 2008 | 112 256 | 116 105 | 117 154 | 102 579 |
| | 2009 | 115 309 | 119 037 | 116 856 | 108 427 |
| | 2010 | 116 244 | 118 728 | 116 900 | 114 346 |
| | 2011 | 117 882 | 119 970 | 119 678 | 118 251 |
| Podíl v % | 2006 | 2,05 | 1,73 | 1,73 | 3,41 |
| | 2007 | 2,28 | 1,93 | 1,92 | 3,72 |
| | 2008 | 2,73 | 2,24 | 2,36 | 4,67 |
| | 2009 | 2,71 | 2,26 | 2,32 | 4,38 |
| | 2010 | 2,72 | 2,19 | 2,12 | 4,59 |
| | 2011 | 2,74 | 2,26 | 2,24 | 4,59 |

Zdroj: UZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>

V této tabulce je uveden přehled toho, jaké výdaje mají domácnosti celkem a jaké mají výdaje na zdravotní péči na jednu osobu. Je z ní patrné, že co se týče procentuelního podílu právě výdajů na zdravotní péči z celkových výdajů domácnosti, krize vliv na tento podíl neměla a procentuelní podíl se pohybuje ve víceméně stejných hodnotách.

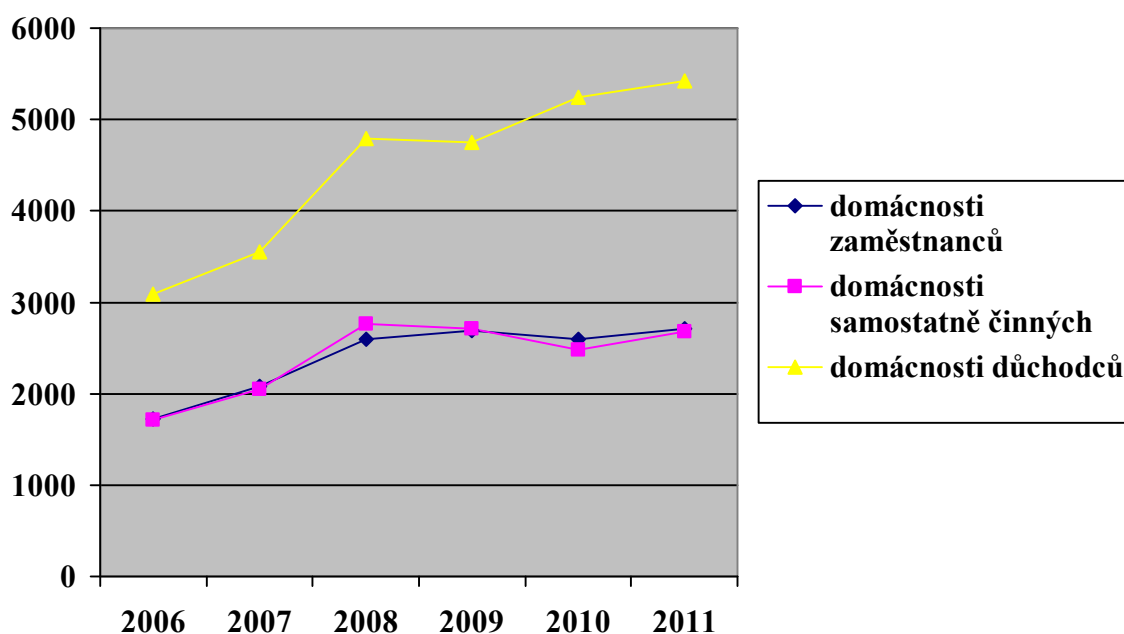
Z této tabulky je také patrné, že domácnosti důchodců mají dvojnásobný procentuelní podíl než všechny ostatní skupiny.

U domácností zaměstnanců jde o růst o 57,29 % za celé sledované období.

U domácností osob samostatně výdělečně činných jde o růst 56,05 %.

U domácností důchodců jde dokonce o růst 75,73 %, tedy o nejvyšší ze všech.

Graf 9: Výdaje za zdravotní péči dle druhů domácnosti v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Na grafu je vidět vývoj vývojů domácností ve sledovaných letech. Je také vidět, že domácnosti důchodců mají několikanásobně vyšší výdaje než ostatní skupiny..

4.2 Příjmy zdravotních pojišťoven

Tabulka 12: Struktura příjmů zdravotních pojišťoven z pojistného v mil. Kč

| Položka | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Předepsané pojistné celkem | 139 399 | 154 356 | 161 629 | 162 655 | 163 244 | 167 582 |
| Zúčtování se zvláštním fondem zdr. pojištění | 43 080 | 47 481 | 47 280 | 48 648 | 52 697 | 51 900 |
| Inkaso z pokut, penále a přírážek souvisejících se zdravotním pojištěním | 4 840 | 6 666 | 7 550 | 5 371 | 1 143 | 1 140 |
| celkem | 187 319 | 208 503 | 216 459 | 216 674 | 217 084 | 220 622 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

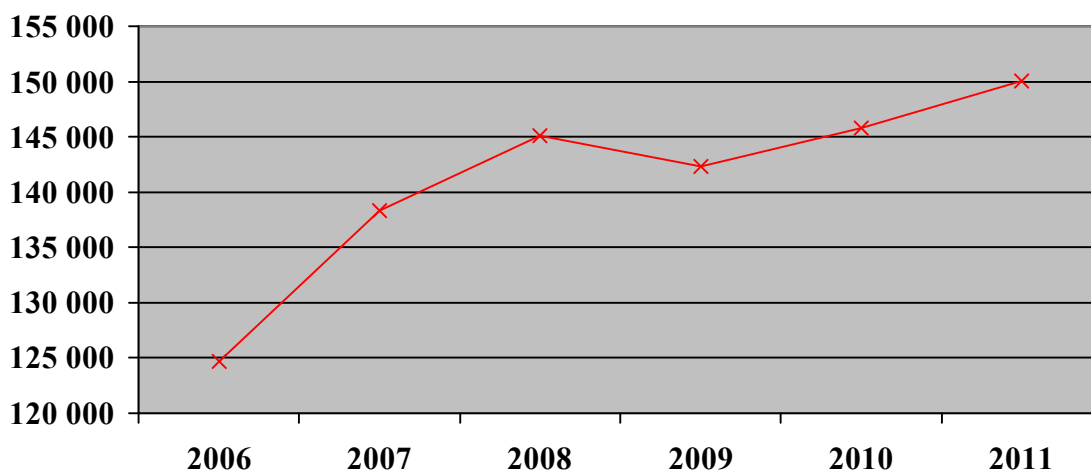
Předepsané pojistné neznamená skutečné příjmy pojišťoven. Skutečné příjmy jsou pak snižené např. o nezaplacené pojistné. Ve sledovaném období celkové předepsané pojistné stoupl o 20, 21 %.

Celkové předepsané pojistné se každým rokem zvyšuje, ovšem u jednotlivých složek už tomu tak není. Např. od zaměstnavatelů klesly právě v době, kdy nastoupila krize. Je to tedy pravděpodobně způsobené tím, že po nástupu krize došlo k většímu propouštění. Tyto a další ukazatelé jsou vysvětleny v grafech níže.

Velmi se také snížily příjmy z pokut, penále apod.

Celkové příjmy pojišťoven se ovšem rok od roku zvyšují. Za celé sledované období šlo o vzrůst o 17,77 %.

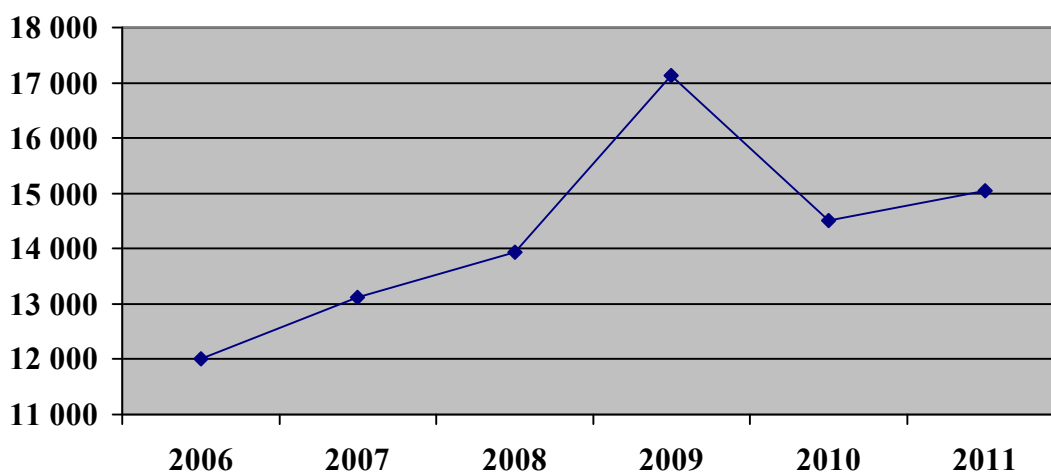
Graf 10: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od zaměstnavatelů v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Z grafu je patrné, že pokles předepsaného pojistného od zaměstnavatelů se projevil oproti krizi až v roce 2009 zřejmě z důvodu určité setrvačnosti systému. Ovšem už v roce 2010 se předepsané pojistné znovu zvýšilo nad úroveň roku 2008. V roce 2011 bylo dokonce vyšší již o 3,5 % oproti roku 2008.

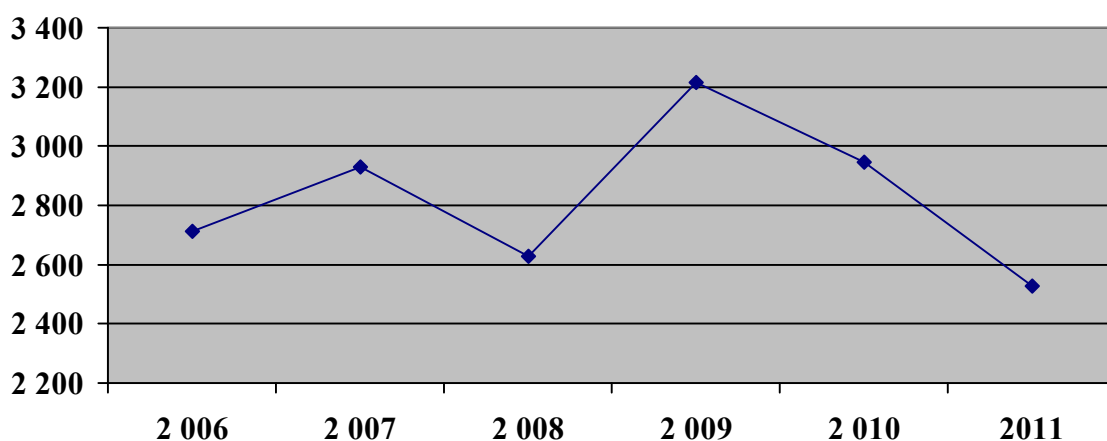
Graf 11: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od osob samostatně výdělečně činných v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

V roce 2009 se u předepsaného pojistného od osob samostatně výdělečně činných jeho objem paradoxně zvýšil o 21 % oproti roku 2008. K poklesu došlo až o rok později, tedy v roce 2010 a to o necelých 15 %. Z dat je patrné, že nedošlo k poklesu ani oproti roku 2008.

Graf 12: Předpis pojistného zdravotních pojišťoven od osob bez zdanitelných příjmů v mil. Kč

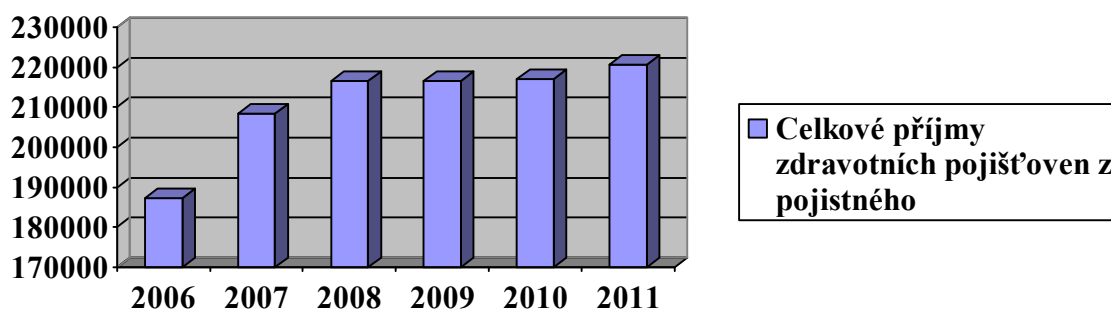


Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Předepsané pojistné u osob bez zdanitelných příjmů prudce vzrostlo mezi roky 2008 a 2009 z důvodu nízké nezaměstnanosti v roce 2008 a vysoké nezaměstnanosti v roce 2009. Nárůst předepsaného pojistného v roce 2009 oproti předchozímu roku byl o 23 %.

Z grafů je patrné, že ekonomická krize postihla předpis pojistného pro jednotlivé skupiny osob různě, a to především z časového hlediska.

Graf 13: Celkové příjmy zdravotních pojišťoven v mil. Kč.



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

V grafu je přehled vývoje celkových příjmů zdravotních pojišťoven. Je vidět, že příjmy pojišťoven rostly každým rokem, ovšem meziroční procentuelní přírůstky byly odlišné. Mezi roky 2006 a 2007 vzrostly příjmy o více než 11 %, ovšem např. mezi roky 2008 a 2009 vzrostly jen přibližně o 0,08 %. Šlo tedy o velmi malé přírůstky, ale příjmy stále rostly.

Tabulka 13: Platby zdravotním pojišťovnám za osoby, za které zdravotní pojištění platí stát (mld. Kč)

| Rok | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------|------|-------|-------|--------|------|------|------|
| Platby | 34,4 | 43,0 | 47,8 | 47,2 | 49,2 | 52,5 | 53,0 |
| V % | X | 24,99 | 11,16 | - 1,26 | 4,24 | 6,71 | 0,95 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Platby od státu zdravotním pojišťovnám se od roku 2005 zvýšily o 54 %. K většímu zvýšení došlo mezi roky 2005 a 2006. Postupné zvyšování plateb od státu může být zapříčiněno stárnutím populace, právě ekonomickou krizí, kdy se zvýšila nezaměstnanost atd.

Pokles v roce 2008 odpovídá grafu č. 12.

Do skupiny osob, za které platí pojištění stát patří nezaopatřené děti, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby ve vazbě nebo

výkonu trestu, osoby důchodového věku bez nároku na důchod, mladiství v ústavech, osoby bez zdanitelných příjmů pobírající nemocenskou atd.

4.3 Náklady zdravotních pojišťoven dle druhů zdravotní péče

Tabulka 14: Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v mil. Kč

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Náklady celkem | 166 902 | 180 657 | 190 294 | 211 789 | 215 019 | 218 028 |
| • Ambulantní péče | | | | | | |
| ○ Praktičtí lékaři | 8 166 | 8 581 | 10 118 | 12 020 | 12 623 | 12 894 |
| ○ Ostatní ambulantní specialisté | 22 781 | 25 863 | 28 205 | 32 441 | 32 957 | 34 851 |
| • Na ústavní péči | 83 547 | 92 202 | 98 110 | 108 016 | 111 746 | 112 730 |
| • Na stomatologickou péči | 8 502 | 9 038 | 9 191 | 9 788 | 9 938 | 10 003 |
| • Na léky a PZT vydané na recepty | 38 563 | 38 913 | 38 519 | 42 619 | 40 255 | 40 029 |
| • Ostatní nespecifikované náklady | 5 344 | 6 060 | 6 150 | 6 904 | 7 590 | 7 521 |
| Preventivní programy | 497 | 802 | 1 794 | 1 356 | 653 | 731 |

Zdroj: ÚZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>

Celkové náklady zdravotních pojišťoven se každým rokem zvyšují, akorát v letech 2009, 2010 a 2011 byl tento růst mírnější než v předchozích letech. Např. v letech 2006 – 2007 šlo o růst přibližně o 8,2 % ale mezi roky 2010 – 2011 už jen o 1,3 %. Celkově ve sledovaném období šlo o vzestup nákladů o 30,6 %.

U položek jako jsou náklady na ambulantní, ústavní a stomatologickou péči ve všech sledovaných letech také rostly a i v podobných procentuelních poměrech jako celkové náklady zdravotních pojišťoven.

U nákladů na léky a PZT vydaných na recepty a ostatních nespecifikovaných nákladů už tento trend není stejný, v některých letech tyto náklady klesly. Ve sledovaném období došlo k celkovému navýšení o cca 3,8 %, ale např. v letech 2009 – 2010 došlo k poklesu o 5,5 %.

Velký propad v nákladech je vidět u preventivních programů, které zdravotní pojišťovny poskytují svým pojištěncům. Velké příspěvky pojištěncům poskytovaly pojišťovny v roce 2008. Ovšem následkem finanční krize musely pojišťovny příspěvky na preventivní programy snížit. V roce 2010 oproti roku 2009 klesly příspěvky pojišťoven na polovinu. V roce 2011 se příspěvky opět mírně zvýšily, ovšem oproti roku 2008 byly stále nižší o jednu miliardu. Za celé sledované období sice vzrostly o 47 %, ale průběh v jednotlivých letech byl velmi různý.

4.4 Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven

Tabulka 15: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v Kč

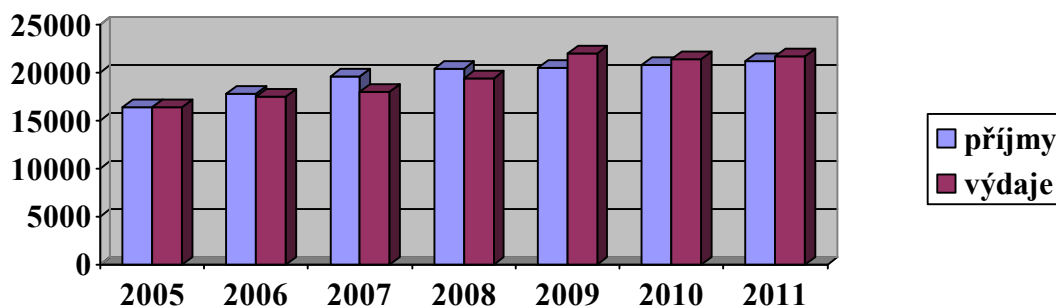
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Příjmy celkem | 16 400 | 17 755 | 19 645 | 20 392 | 20 451 | 20 758 | 21 203 |
| Výdaje celkem | 16 354 | 17 481 | 17 979 | 19 353 | 21 071 | 21 421 | 21 699 |
| Výsledek | 46 | 274 | 1 666 | 1 039 | - 620 | - 663 | -496 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS.

Mezi lety 2005 až 2008 vždy příjmy převyšovaly výdaje na jednoho pojištěnce. Od roku 2009 začaly výdaje naopak převyšovat příjmy. Jde také o zlom v období světové ekonomické krize. Příjmy sice stále rostly, ale výdaje po roce 2008 také a tedy rychleji, když začaly převyšovat příjmy.

Příjmy za sledované období vzrostly o 29,29 % a výdaje o 32,68 %, znamená to tedy rychlejší tempo růstu výdajů než příjmů a právě proto došlo v roce 2009 k tomu, že výdaje převýšily příjmy.

Graf 14: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v Kč



Zdroj: vlastní zpracování; data z ČSÚ

V grafu je vidět porovnání vývoje příjmů a výdajů. Po roce 2009 výdaje začaly převyšovat příjmy. Je to grafické podložení předchozí tabulky a tvrzení.

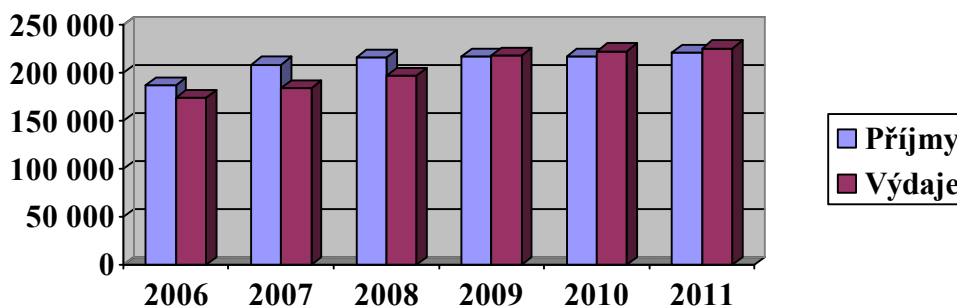
Tabulka 16: Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven (mil. Kč)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Příjmy | 187 319 | 208 503 | 216 459 | 216 674 | 217 084 | 220 622 |
| Výdaje | 174 200 | 183 713 | 197 280 | 217 658 | 222 500 | 225 547 |
| Rozdíl | 13 119 | 24790 | 19 179 | - 984 | - 5 416 | - 4 925 |

Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

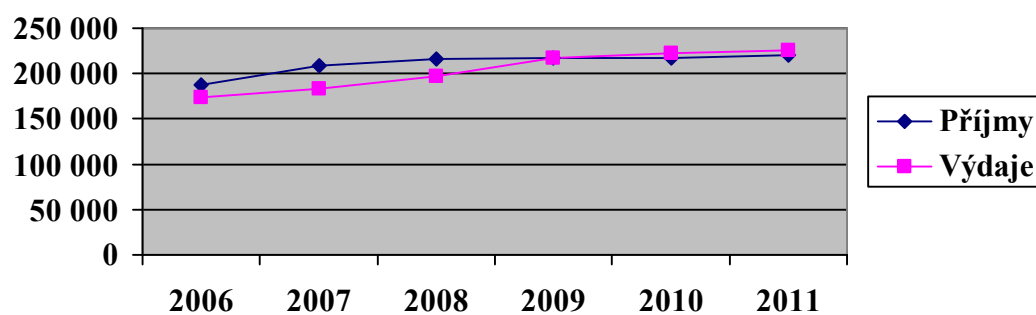
Tato tabulka a následující graf souvisejí přímo s těmi předcházejícími a ukazují, že trend, který se projevil u jednoho pojištěnce logicky platí i na celkové příjmy a výdaje. Stejně jako u příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce, tak u těchto souhrnných v letech 2009 výdaje začaly převyšovat příjmy v důsledku toho, že příjmy v celku rostly pomaleji než výdaje.

Graf 15: Porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven (mil. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování; data z ÚZIS

Graf 16: Vývoj příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚZIS

V tomto grafu je vidět protnutí os příjmů a výdajů v roce 2009, tedy v roce, kdy výdaje začaly poprvé převyšovat příjmy a rychleji růst.

5 Výsledky a diskuze

Světová ekonomická krize ovlivnila téměř všechny oblasti každodenního života. Je jisté, že tedy zasáhla i do oblasti zdravotnictví. Otázkou této práce ovšem bylo, jak velkou měrou byla tato oblast ovlivněna.

Ekonomickým ukazatelem, který krize ovlivnila velmi výrazně byla nezaměstnanost. Zvýšení nezaměstnanosti s sebou přineslo zvýšení plateb zdravotního pojištění za osoby bez zdanitelných příjmů, což je logickým dopadem v této situaci.

Při studování veřejných výdajů bylo zjištěno, že zdravotnictví bylo postiženo krizí tak, že výdaje ze státních a územních rozpočtů byly sníženy, ovšem výdaje zdravotních pojišťoven neklesly ani v jednom roce. Toto v součtu mělo takový výsledek, že veřejné výdaje na zdravotnictví v posledních dvou letech mírně klesly.

Pokud je studován vývoj výdajů zdravotních pojišťoven, je třeba je porovnat s vývojem příjmů zdravotních pojišťoven. Výraznou složkou příjmů zdravotních pojišťoven je předepsané pojistné. Nejvyšší částku získává od zaměstnavatelů. Právě předepsané pojistné se snížilo v letech 2008 – 2009, ale nikterak výrazně. U osob samostatně výdělečně činných se pokles projevil až se zpožděním. U osob bez zdanitelných příjmů toto předepsané pojistné prudce stoupl mezi roky 2008 a 2009 a to právě díky zvýšené nezaměstnanosti.

Při porovnání příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven před ekonomickou krizí a po ní se dá říci, že právě po roce 2008 převýšily výdaje příjmy zdravotních pojišťoven, což může být právě důsledkem krize.

Tím, co ovlivnilo finance v oblasti zdravotnictví bylo zavedení regulačních poplatků. Ty byly zavedeny k 1. lednu roku 2008, a právě zavedením v tomto roce, při začátku ekonomické krize, financím v sektoru zdravotnictví pomohly. Přinesly velké úspory za návštěvy lékařů, pobyty v nemocnicích, první pomoc a předepsané léky apod.

Samotné zavedení regulačních poplatků tedy mělo velký dopad na to, že zdravotnictví nebylo krizí zasaženo větší měrou. Každopádně samotné zdravotní pojišťovny musely zavést opatření a snížit některé své výdaje. Projevilo se to v nejvíce logické oblasti, a to

tam, kde pojišťovny přispívaly pojištěncům v nepovinných oblastech. Snížily tedy příspěvky na preventivní programy a v roce 2011 tyto poplatky nebyly ani z 50 % tak vysoké jako před krizí

Dalším důležitým faktorem, který ovlivnil financování zdravotnictví jsou rezervy. Na tvorbu rezerv se pohlíželo dříve velmi skepticky a prvotní plány využití rezerv byly odlišné od těch, které se skutečně prosadily. Jelikož rezervy byly ve výši 28 miliard Kč, velmi pomohly zdravotnictví k možnému navýšení plateb poskytovatelům zdravotní péči o miliony.

Při celkovém zhodnocení dopadu krize na zdravotnictví oproti jiným oblastem, jako je např. průmysl, služby apod. se dá říci, že zdravotnictví ustálo krizi právě díky opatřením, která byla zavedena.

6 Závěr

V práci je popsán systém zdravotního pojištění, ve stručnosti seznámit s Ministerstvem zdravotnictví v České Republice, s ministry zdravotnictví atd. V práci byly popsány různé způsoby zdravotního pojištění, ekonomické hodnocení pojištění atd. Dále je zde ve stručnosti popsán vznik a charakteristika Světové ekonomické krize.

Po tomto základním přehledu jsou v práci dále uvedeny již praktická čísla. Je uvedena míra nezaměstnanosti, před a po krizi.

V dalších kapitolách jsou uvedeny přehledy příjmů a výdajů na zdravotní péči jak všeobecně tak zdravotních pojišťoven. Hlediska, ze kterých byly příjmy a výdaje posuzovány byly různé, např. věk, pohlaví, poskytnutá péče, sociální skupiny apod.

Jak bylo i podloženo tvrzením z ČSÚ, zdravotnictví nebylo světovou ekonomickou krizí postiženo nikterak výrazně. Je faktem, že celkově výdaje se snížily, ale pokud počítáme i s výdaji obyvatel na položky nesouvisející se systémem zdravotního pojištění apod. v konci došlo k růstu odvětví.

Při studiu veškerých ukazatelů jako jsou příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven, výdaje ze státního rozpočtu atd., je možno říci že oblast zdravotnictví ustála krizi díky úsporným opatřením, regulačním poplatkům a především díky rezervám, které pojišťovny tvořily v předchozích letech.

7 Seznam použitých zdrojů

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká Republika, 2010. 223s. ISBN 978-80-7357-503-8
- [2] JDUCHÁČKOVÁ, Eva. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 3. vydání. Praha: Ekopress, 2009, 224 s. ISBN 978-80-86929-51-4
- [3] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.
- [4] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- [5] GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezměn. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2
- [6] JANEČKOVÁ, Hana.; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- [7] JOHNSON, Terry; LARKIN, Gerry; SAKS, Mike. *Health professions and the state in Europe*. 1. Vydání. London: Routledge, 1995. 237 s. ISBN 0-415-10631-1
- [8] KOVANDA, Lukáš, GALLISTI, Vladan: *Češi zapláčou příští rok*. *Týden*. září 2008, roč. XV, čís. 40, s. 16-20.
- [9] KOŽENÝ, Pavel; NĚMEC, Jiří; KÁRNÍKOVÁ, Jana; LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-2701-1
- [10] KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1. vyd. Praha: Vlastním nákladem, 1998. 133 s. ISBN 80-238-0937-7.
- [11] KUBÁTOVÁ, Květa. *Úloha veřejných financí v řešení problémů a dopadů současné krize*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011. 164 s. ISBN 978-80-7357-609-7

- [12] NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1
- [13] OCHRANA, František; PAVEL, Jan; VÍTEK, Leoš. Veřejný sektor a veřejné finance. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3228-2
- [14] CIKRT, Mgr. Tomáš. Rezervy na účtech zdravotních pojišťoven umožní českému zdravotnictví čelit hospodářské krizi. In: Ministerstvo zdravotnictví České Republiky [online]. 2008 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/tzrezervy-na-uctech-zdravotnich-pojistoven-umozni-ceskemu-zdravotnictvi-celit-hospodarske-krizi_1172_870_1.html
- [15] HEGER, Doc. MUDr. Leoš, CSc. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.leosheger.cz/>
- [16] FILIPIOVÁ, Daniela. Daniela Filipiová [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.filipiova.cz/>
- [17] Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. [online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/kontakty_235_1.html
- [18] Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vydaje-na-zdravotnictvi-rostou_7563_1.html
- [19] Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. [online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/o-ministerstvu_841_1.html
- [20] Plzeňský kraj [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.plzensky-kraj.cz/cs/article/zivotopis>
- [21] RATH, MUDr. David, [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.rathdavid.cz/>
- [22] ÚZIS. [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>
- [23] Vláda České Republiky [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=38139>

[24] Vláda České Republiky. Vláda České Republiky [online]. [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/historie-minulych-vlad/prehled-vlad-cr/1993-2010-cr/jan-fischer/mgr--dana-juraskova--ph-d---mba-75070/>

[25] Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Tom%C3%A1%C5%A1_Jul%C3%ADnekZákon_č._2/1969_Sb.,_o_zřízení_ministerstev_a_jiných_ústředních_orgánů_státní_správy_ČSR._In:_1969.

[26] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

8 Přílohy

Příloha 1: Jmenovité schéma ministerstva zdravotnictví

Označení organizačních útvarů Ministerstva zdravotnictví s uvedením vedoucích zaměstnanců

| Název útvaru | Zkratka | Jméno a příjmení vedoucího |
|---|---------|--|
| Ministr | | doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. ministr zdravotnictví |
| Kabinet ministra | KAB | Mgr. Jan Růžička ředitel odboru |
| Odbor bezpečnosti a krizového řízení | BKR | Mgr. Rostislav Černý ředitel odboru a bezpečnostní ředitel |
| Oddělení interního auditu | OIA | Ing. Emil Žentek vedoucí oddělení |
| Odbor kontroly | KON | Ing. Sylva Stodulková ředitelka odboru |
| Sekce řízení a ekonomiky | 1.N | PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D. 1.náměstek řídící sekci řízení a ekonomiky |
| Strategická projektová kancelář | SPK | vedoucí oddělení |
| Odbor komunikace s veřejností | TIS | Vlastimil Sršeň ředitel odboru |
| Odbor personální | PER | Mgr. et Mgr. et Mgr. Ivo Beneda ředitel odboru |
| Odbor mezinárodních věcí a Evropské unie | MEZ | Mgr. Eva Karásková ředitelka odboru |
| Úsek ekonomiky | VE | Ing. Zdeněk Kabátek vrchní ředitel pro ekonomiku |
| Odbor finanční | FIN | Ing. Petr Salák ředitel odboru |
| Odbor investičního rozvoje | INV | Ing. Zdeněk Kot ředitel odboru |
| Odbor hospodaření přímo řízených organizací | HPŘ | Ing. Pavel Kocourek ředitel odboru |
| Odbor evropských fondů | EF | PhDr. Mgr. Jan Bodnár ředitel odboru |
| Odbor hospodářské správy | HOS | Ing. Antonín Liberda ředitel odboru |
| Sekce legislativy a práva | NL | Mgr. Martin Plíšek náměstek pro legislativu a právo |
| Odbor legislativní | LEG | Mgr. Lucie Krausová ředitelka odboru |
| Odbor právní | PRO | Mgr. David Kotris ředitel odboru |
| Oddělení veřejných zakázek | VZO | JUDr. Marcela Rohlíková vedoucí oddělení |
| Sekce zdravotní péče | NZ | MUDr. Ferdinand Polák náměstek pro zdravotní péči |
| Odbor zdravotních služeb | OZS | MUDr. Helena Sajdllová ředitelka odboru |
| Odbor zdravotního dohledu | OZD | MUDr. Lenka Hřebíková ředitelka odboru |
| Oddělení zdravotních programů | OZP | Ing. Tomáš Jung vedoucí oddělení |
| Odbor vzdělávání a vědy | VZV | JUDr. Pavel Janda ředitel odboru |
| Inspektorát omamných a psychotropních látek | OPL | Ing. Alena Ondroušková vedoucí oddělení |
| Sekce zdravotního pojištění | NP | Ing. Petr Nosek náměstek pro zdravotní pojištění |
| Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním | DZP | Ing. Helena Rögnerová ředitelka odboru |
| Odbor farmacie | FAR | Mgr. Filip Vrubel ředitel odboru |
| Odbor informatiky | INF | Ing. Fares Shima ředitel odboru |
| Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví | NH | MUDr. Michael Vít, Ph.D. náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví - hlavní hygienik ČR |
| Oddělení správní | OSH | JUDr. Zdena Krýsová vedoucí oddělení |
| Úsek ochrany veřejného zdraví a řízení hygienické služby | VH | MUDr. Viera Šedivá vrchní ředitelka, pověřena řízením sekce ochrany a podpory veřejného zdraví a zastupkyň hlavního hygienika ČR |
| Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví | SOZ | Ing. Pavla Marešová ředitelka odboru |
| Odbor ochrany veřejného zdraví | OVZ | MUDr. Sylva Kvášová pověřena řízením odboru |

V Praze dne 26. 6. 2012

zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. [online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/obsah/o-ministerstvu_841_1.html